Rok LII. Kraków, dnia 4. stycznia 1913. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

„NOWINOM LEKARSKIM“ W ICH ROKU JUBILEUSZOWYM POŚWIĘCA REDAKCYA „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO“.



BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.



HELIODOR ŚWIĘCICKI.



FRANCISZEK CHŁAPOWSKI.



STANISŁAW ŁAZAREWICZ.

REDAKTOROWIE „NOWIN LEKARSKICH“ W CIĄGU ĆWIERĆWIECZA

Dawnych orężnych strażników polskich granic uwieńczyła historya laurem, a poezya stroi w swoje klejnoty i ku pokrzepieniu serc nieśmiertelny stawia im wszystkim monument. A przecież niewielu tylko z nich w swej twardej służbie mieczowej widziało coś więcej ponad straż dóbr materyalnych, ponad obronę poprostu życia i mienia od nawały drapieżców zachodnich czy wschodnich; niewielu tylko z nich stawiało ze swych piersi szaniec świadomie na to, aby za nim rodzima kultura nasza i umysłowy dorobek w bezpieczeństwie rozwijały się i rosły, aby z niepustoszonych chlebnych niw zebrał się także ten plon, który jest narodów skarbem niewyczerpanym i dziedzictwem najdroższem, bo jest niewzruszonym fundamentem ich — przyszłości.

W obronie tego skarbu potężniejsze przedmurze dziś budować musimy i trudniejszą walkę toczyć. Zmieniły się na dziś bronie, nie zmienił wróg i bój nie ustawa. Worywa się nam w niwy duchowe pług cudzy, wgryza się w dusze rdza nieswojska. Czyha na naszą umysłowość tysiącem sposobów zbrojny podstęp, który ją zwolna i niedostrzeżenie z najgłębszej jej treści chce wyzuć i nikczemnym obczyzny uczynić pasorzytem. W tych bezkrwawych a straszliwych zapasach musi każdy kresowy posterunek, jak garść niezłomnych stająca przeciw tysiącom, mieć całkowitą świadomość swych zadań i celów. Ma też i zasługę całkowitą. A sprawiedliwy dziejopis, ważąc kiedyś tę zasługę na szali dziejów narodu, zrozumie, dlaczego się nam współczesnym nasuwa porównanie jej z dawną naszych rubieży obroną, dlaczego niesiemy hołd szczególny dzisiejszemu kresowemu rycerstwu — kresowemu rycerstwu ducha.

Jakoście przez ćwierć wieku zagrożony Wasz zagon zasiewali, pracowici, znojni Siewcy zdrowego rodzimego ziarna, trwajcież na nim ku pokrzepieniu serc naszych, aż przyjdzie żniwo. Zahartowani w trudzie, Wy będziecie umieli dotrwać lepszej dla nas wszystkich doli. Więc niechaj obok obrońców ziemi i języka stają na zagonach Waszych coraz liczniejsi siejby towarzysze, aby żadna z niw umysłowych na kresach naszych nie ugorowała za długo. I niech się spełni na dzień żniwa słowo: »Siejba była w płakaniu, a żniwo w weselu«.

Kronika »Nowin lekarskich«.

1889—1912.

Napisał

Adam Wrzosek.

Nie bez wzruszenia przystępuję do skreślenia kilku uwag o »Nowinach lekarskich«, które rozpoczynają wydawać dwudziesty piąty swój rocznik. Mam bowiem pisać o wydawnictwie, które w niesłychanie trudnych warunkach przetrwało już 24 lata, świadcząc, że potrafimy, gdy zechcemy, być wytrwałymi w przedsięwzięciach i nie zrażać się nieprzyjaznemi okolicznościami. Nie trudno wydawać czasopisma lekarskie w Warszawie, w której nie wygasła jeszcze świetna tradycya Szkoły Głównej, w której kierownictwo oddziałów szpitalnych spoczywa niemal wyłącznie w rękach polskich, w której na brak lekarzy uskarżać się nie można; łatwiej jeszcze wydawać czasopisma lekarskie w Krakowie i Lwowie, bo tam posiadamy własne szkoły lekarskie; lecz niezmiernie trudną rzeczą jest wydawanie czasopisma lekarskiego w Poznaniu, gdzie ani szkoły lekarskiej nigdy nie mieliśmy, ani nie mamy wielu lekarzy, którzyby mogli sporo czasu poświęcać pracy naukowej.

Lekarze nasi pod zaborem Pruskim, nie zrażając się oczekującemi ich trudnościami, postanowili przed 25 laty wydawać własny miesięcznik. Już wprawdzie przedtem Teodor Jarnatowski podniósł był myśl założenia własnego czasopisma[1]), lecz dopiero w 1888 roku Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk Poznańskiego postanowił na wniosek doktorów Heliodora Swięcickiego, Bolesława Wicherkiewicza i Ignacego Zielewicza przystąpić do wydawania miesięcznika lekarskiego [2]).

Należało przedewszystkiem oprzeć zamierzone wydawnictwo na trwałej podstawie materyalnej. Rychło, wskutek odezwy, wzywającej lekarzy polskich pod zaborem Pruskim do udziału w założeniu czasopisma lekarskiego, zebrano 1200 marek na fundusz żelazny [3]).

Niebawem można było zacząć wydawać miesięcznik, który otrzymał nazwę »Nowin lekarskich«. Nowe czasopismo rozpoczęło wychodzić pod dobrą wróżbą, bo znalazło poparcie nie tylko w gronie lekarzy: znany historyk Dr Z. Celichowski poparł je hojnie materyalnie; również zarząd Towarzystwa przyjaciół nauk Poznańskiego uchwalił udzielać mu subwencyi. Nowiny lekarskie postanowiono wydawać, jako organ Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk. Redakcyę powierzono komitetowi, składającemu się z Drów: Chłapowskiego, Kaczorowskiego, K. Koehlera, W. Świderskiego, Święcickiego, L. Szumana, B. Wicherkiewicza i Zielewicza. Przewodniczącym komitetu redakcyjnego został wybrany Bolesław Wicherkiewicz.

Pierwszy zeszyt »Nowin lekarskich« wyszedł w styczniu 1889 roku. Znajdujemy w nim prace oryginalne Zielewicza, Justyna Karlińskiego, Władysława Matlakowskiego, Obalińskiego i W. Jaworskiego, A. Sokołowskiego, Święcickiego ...

---

[1]) Przemowa Dra Fr. Chłapowskiego na zebraniu zwyczajnem Wydz. Lek. dnia 19. października 1912 roku. 24-letnie dzieje Nowin lekarskich. Nowiny lekarskie, 1913, zeszyt I.

[2]) T. Dembiński. Ogólne sprawozdanie z czynności Wydz. Lek. Tow. Przyj. Nauk za rok 1888. Nowiny lekarskie 1889. Nr 1, str. 40.

[3]) Sumę tę złożyli w udziałach po 50 marek: Batkowski, Buski, Chłapowski, Dembiński, Grodzki, B. Jagielski, Jerzykowski, Kaczorowski, Koehler, Kube, Niklewski, Preibisz, Stan, Święcicki, Szuman, Szyman, B. Wicherkiewicz, Zaremba i Zielewicz. Niektórzy z wymienionych założycieli nowego czasopisma złożyli po dwa lub trzy udziały. (Nowiny lek. 1889. Nr 1. str. 48).

cickiego, B. Wicherkiewicza, tudzież Alkiewicza. Następuje obfity dział ocen i sprawozdań z prac, poświęconych anatomii, fizyologii, patologii ogólnej, bakteryologii, medycynie wewnętrznej, chirurgii, położnictwu, chorobom kobiecym, oftalmologii, chorobom nosa, gardła i uszu, higienie i epidemiologii. Dział ten w pierwszym zeszycie opracowali: Święcicki, Chłapowski, Wicherkiewicz, Zielewicz, E. Biernacki, Krysiewicz i Koehler. Po ocenach i sprawozdaniach znajdują się w pierwszym zeszycie następujące działy: Ruch w Towarzystwach, Sprawy zawodowe, Zapiski lecznicze i Rozmaitości.

»Nowiny lekarskie« zaraz od pierwszego zeszytu tak wysoko stanęły pod względem wartości naukowej, iż wysunęły się na czoło naszych czasopism lekarskich. »Gazeta lekarska«, podawszy obszerne sprawozdanie z pierwszego numeru »Nowin«, nie szczędzi pochwał nowemu czasopismu. »Witamy szczerze — pisała »Gazeta lekarska« — koleżankę na niwie piśmiennictwa lekarskiego naszego, którą tak pięknie uprawiać zaczyna i życzymy jak najlepszego powodzenia, jako nagrodę za podjęty mozolny trud. Dział naukowy odznacza się doborem artykułów wartościowych, zewnętrzność grubego o 48 stronicach zeszytu, świetnie się przedstawia. Staranność o język widnieje wszędzie i sympatycznie usposabia do nowego pisma, które bezwątpienia cieszyć się będzie wielkiem zasłużonem powodzeniem«[4]).

Gdy minął pierwszy rok wydawnictwa »Nowin lekarskich«, redaktorzy mogli być zadowoleni ze swej pracy, patrząc na pokaźny, o 624 stronicach rocznik pierwszy, zawierający kilkadziesiąt prac oryginalnych, tudzież setki ocen i sprawozdań z rozpraw treści medycznej. Cały pierwszy rocznik »Nowin lekarskich« sprawia nader dodatnie wrażenie. W każdym zeszycie widnieje wielka staranność redakcyi nie tylko o wewnętrzną wartość, lecz i o zewnętrzną szatę czasopisma, które zdobią starannie wykonane rysunki.

Drugi rocznik »Nowin lekarskich« w niczem nie ustępuje pierwszemu, ani pod względem doboru prac oryginalnych, ani pod względem rozmaitości treści, ani pod względem staranności wydania.

Przeglądając pierwsze roczniki »Nowin lekarskich«, mimowolnie nasuwa nam się pytanie: jak wytłumaczyć sobie, że w Poznaniu, w którym nie było tradycyi naukowej medycznej, mogło powstać czasopismo, które odrazu stanęło na wysokim poziomie naukowym? Jest to bądź co bądź zjawisko niezwykłe. Można się było raczej spodziewać, że »Nowiny lekarskie« albo rychło upadną, albo z braku dostatecznej liczby współpracowników, rozwijać się należycie nie będą mogły. Aby znaleźć odpowiedź na pytanie wyżej postawione, trzeba zwrócić uwagę na kilka rzeczy.

To prawda, że Poznań przed dwudziestu kilku laty nie miał jeszcze tradycyi naukowej w dziedzinie medycyny, miał jednak tradycyę nauki polskiej wogóle, pielęgnowaną przez Towarzystwo przyjaciół nauk; nie należy również zapominać, że lekarze wielkopolscy mieli już wówczas inną jeszcze, nadzwyczaj cenną tradycyę, przekazaną im przez Karola Marcinkowskiego, tradycyę pracy społeczno-narodowej i sumiennego spełniania powinności obywatelskich.

[4]) »Gazeta lekarska«, 1889. Nr 1, str. 23.

Piękny artykuł Zielewicza, wydrukowany na czele pierwszego numeru »Nowin lekarskich« pod napisem »Dziedzictwo ducha«, jest świadectwem, że tradycya Marcinkowskiego żywo przemawiała do serc lekarzy poznańskich. Zielewicz, pisząc o Marcinkowskim, jako o ideale lekarza-obywatela, przytacza kilka ustępów z jego testamentu. Są to przecudne zwierzenia niezwykłego człowieka, spisane przezeń na kilka miesięcy przed śmiercią. »Dwa pytania — pisze Marcinkowski w testamencie — będą ludzi bardzo po mojej śmierci niepokoić. Co on robił z dochodami, jakie n. p. w ostatnich latach magistratowi poznańskiemu wykazywał? Wystawcie sobie rozrzutnego człowieka, który skoro rzecz jaką zobaczy, co pasyi jego dogodzi, nie pyta czy rozsądnie, by kupić, ale dogadzając swej chuci wyrzuca pieniądze. Otóż taką samą chuć wlał Pan Bóg w mą duszę. Kiedym widział, że wydatkiem pieniędzy na pożyteczne, jak mnie się zdawało, cele mogłem dogodzić tej żarliwości mej duszy, z jakąż przyjemnością wydawałem, ciesząc się zawsze, że to moja prawdziwa własność, mój, że tak powiem, utwór, którym dysponuję. Nie pojmowałem nigdy tych ludzi, którzy skwapliwie skarby zbierają, nie zostawiając dzieci dobrze wychowanych, bo się ich wychowaniem nie trudnią, tylko zbieraniem majątku, lub umierając bezdzietnie, nie wiedzą, jaki z ich zbiorów nastąpi użytek. Zwykle to marnie bywa roztrwonione. Mnie było miło dogodzić sobie natychmiast i patrzeć za życia na skutki mych usiłowań. I dobrze mi tak było.

Drugie pytanie, dlaczego ten człowiek jak zapamiętały pracował do upadłego, uparty, nieważający na żadne udzielone mu rady. To tylko ten odgadnie i zrozumie, kto kiedykolwiek w swej duszy żywo uczuł, co to jest pełnić powinność. Tego żądła, tej niespokojności, którą Pan Bóg wlał w duszę moją (boć ja sobie sam nic nie dałem, wszystko, co we mnie było, są Jego dary przez wychowanie ludzkości na szczególny jej pożytek skierowane) inaczej poskromić nie mogłem, jak ciągle zajmując się pracą«...

Przytoczywszy jeszcze dalszy ciąg testamentu Marcinkowskiego, tak Zielewicz kończy swój artykuł: »Rzewna spowiedź człowieka, który w ostatniej życia godzinie tłómaczy się, dlaczego wszystek żywot jego był jednem pasmem pracy i poświęcenia dla drugich. W te kilka prostych, a tak niezrównaną szczerością tchnących słów, lekarz-obywatel wlał całą treść swej wielkiej duszy, i testamentowe zwierzenia swoje przekazał nam następcom jako nieocenione dziedzictwo duchowe, które mimo trudnych warunków naszego bytu powinno nam służyć za wskazówkę, jako ponad materyalne względy wysoko wznosić się powinien sztandar godności naszego zawodu«. Mając takie dziedzictwo duchowe, nie dziw, że lekarze polscy pod zaborem Pruskim, pomni doniosłego znaczenia narodowego placówek naukowych, postanowili nie tylko założyć czasopismo naukowe, lecz i podtrzymywać je wszelkiemi siłami.

Drugą okolicznością, tłumaczącą nam wielkie zalety »Nowin lekarskich«, jest dobór członków komitetu redakcyjnego. Jeden z nich, T. Kaczorowski, wkrótce po założeniu »Nowin« umarł, więc o zasługach jego w prowadzeniu nowego czasopisma trudno mówić. Natomiast pozostali członkowie komitetu redakcyjnego niewątpliwie w dużym stopniu przyczynili się do świetnego wydawania »Nowin«.

Byli to ludzie wysokiej kultury naukowej, odczuwający żywo potrzebę twórczej pracy naukowej. Najstarszy z nich W. Świderski, w chwili zakładania »Nowin lekarskich« był już autorem szeregu prac naukowych, z których pierwsza została wydana w 1853 roku[5]). Zajmowały go nie tylko zagadnienia medycyny praktycznej, lecz i teoretycznej, czego dowodem rozprawy jego p. n. »O wpływie patologii cellularnej na postęp nauki lekarskiej« i »O dzisiejszem stanowisku sztuki lekarskiej opartej na badaniach najznakomitszych autorów tegoczesnych, jakoto: Virchowa, Traubego i wielu innych«. Rozprawy te odczytał Świderski na posiedzeniach Towarzystwa przyjaciół nauk w latach 1863 do 1865. Umarł on w parę lat po założeniu »Nowin lekarskich«. Drugi po starszeństwie wieku w komitecie redakcyjnym, ś. p. Klemens Koehler, który przez długie lata był współredaktorem »Nowin«, już przed założeniem tego czasopisma ogłosił był drukiem niejeden artykuł treści medycznej, a nadto był autorem książki p. n. »Praktyczny poradnik dla matek«, opracowanej na podstawie angielskiego dzieła Dra Chavasse. Wymieniona książka Koehlera doczekała się dwóch wydań[6]). Inni członkowie komitetu redakcyjnego »Nowin lekarskich«, przed założeniem tego czasopisma, dali się poznać ze swych prac naukowych jeszcze zaszczytniej, aniżeli dwaj wymienieni. Wielu z nich nadto przechodziło wyborną szkołę, pracując przez pewien czas w klinikach i zakładach medycyny teoretycznej. Ignacy Zielewicz i Leon Szuman byli asystentami w klinice chirurgicznej wrocławskiej, a Bolesław Wicherkiewicz był również we Wrocławiu asystentem w klinice okulistycznej prof. Foerstera. Franciszek Chłapowski był bardzo pożądanym współpracownikiem w komitecie redakcyjnym, jako człowiek wszechstronnie przyrodniczo i filozoficznie wykształcony. Pierwszą jego pracą naukową, jaką wydał po rozprawie doktorskiej, była praca z dziedziny fizyologii, ogłoszona w Archiwum Pflügera w r. 1873. Najmłodszym z pośród członków komitetu redakcyjnego »Nowin lekarskich« był Heliodor Święcicki, już wówczas autor prac z dziedziny anatomii, fizyologii, farmakologii, położnictwa i historyi medycyny. Najpierw przez dłuższy czas pracował w zakładzie fizyologii prof. Heidenhaina we Wrocławiu. Jako 22-letni młodzieniec ogłosił w 1876 roku w Archiwum Pflügera pracę z dziedziny fizyologii, w następnym zaś roku wydał pierwszą część pracy z zakresu historyi medycyny. Praca ta została uwieńczona nagrodą przez Wydział lekarski w Uniwersytecie Wrocławskim. Poświęciwszy się z czasem położnictwu, został lekarzem w Zakładzie położniczym imienia Elżbiety w Poznaniu. Potem był jeszcze przez pewien czas asystentem kliniki ginekologiczno-położniczej w Erlangen[7]).

W tak doborowym składzie rozpoczął swoje czynności komitet redakcyjny »Nowin lekarskich«.

Trzecią okolicznością, wyjaśniającą nam, dlaczego »Nowiny lekarskie« zajęły odrazu poczesne stanowisko w czasopiśmie lekarskiem polskiem, była osoba przewodniczącego komitetu redakcyjnego. Bolesław Wicherkiewicz, gdy stawał na czele »Nowin lekarskich«, był już głośnym okulistą. Obdarzony wielkiemi zdolnościami naukowemi i talentem lekarskim, posiadał nadto nieocenione dla redaktora czasopisma naukowego zalety: niezwykły dar organizatorski, wielką wytrwałość w przedsięwzięciach i nie mniejszą pracowitość. Dużo trzeba było wkładać pracy, aby »Nowiny lekarskie« mogły mieć treść doborową i urozmaiconą, tudzież odznaczać się poprawnością języka; dużo wymagało zabiegów zjednanie współpracowników z poza Poznania, bo o tem mowy być nie mogło, aby całe wydawnictwo spoczywało na barkach lekarzy poznańskich. Trzeba było zachęcić do współpracownictwa wybitnych lekarzy polskich, rozproszonych nie tylko po różnych miejscowościach dawnej Rzeczypospolitej, ale i po za granicami Polski. W ciągu pierwszych siedmiu lat wydawnictwa »Nowin lekarskich«, w czasie których przewodniczącym komitetu redakcyjnego był Wicherkiewicz, »Nowiny« wydrukowały dwieście kilkadziesiąt prac oryginalnych. Oprócz prac lekarzy poznańskich i wogóle z zaboru Pruskiego, w pierwszych siedmiu rocznikach »Nowin« znajdujemy oryginalne prace wielu autorów z Krakowa, Lwowa i Warszawy; nie brak również prac oryginalnych, nadesłanych »Nowinom« i z Częstochowy, i z Płońska i z Bośni, i z Petersburga, i z wielu innych miejscowości, nie wyłączając nawet Tomska na Syberyi[8]).

Za czasów redaktorskich Wicherkiewicza obok działu prac oryginalnych wyróżniał się dodatnio także dział ocen i sprawozdań. Duże zasługi w tym dziale »Nowin« położyli Chłapowski i Święcicki, zwracając baczną uwagę na ocenianie prac polskich uczonych, zwłaszcza młodych. Przytoczę na dowód tego jeden przykład, a przykładów takich możnaby przytoczyć dużo. W roku 1889 student Uniwersytetu Berlińskiego, uczeń Waldeyera Kazimierz Kostanecki ogłosił po niemiecku pracę o uchyłkach gardlanych ze szczególnem uwzględnieniem nosogardlanych. Wnet pojawia się sprawozdanie z tej pracy w »Nowinach lekarskich« napisane przez Chłapowskiego, który swoją ocenę temi słowy zaczął: »Praca ta równie ważna pod względem embryologicznym, jak patologicznym, dowodzi wielkiego oczytania, samodzielnych badań i krytycznego sądu młodego autora, który pracuje w I instytucie anatomicznym w Berlinie«[9]). Nawiasem dodam, że nie była to pierwsza praca Kostaneckiego, który już w roku 1886 otrzymał był nawet nagrodę za pracę anatomiczną[10]). Gdy w r. 1890 ogłosił Kostanecki wraz z Mieleckim pracę p. n. »Über angeborene Kiemenfisteln«, zaraz zdaje z niej sprawę w »Nowinach« Święcicki, tak kończąc

[5]) St. Kośmiński. Słownik lekarzów polskich. Warszawa, 1883—1888.

[6]) Ocenę pochlebną pierwszego wydania dzieła Koehlera napisał Henryk Jordan w »Przeglądzie lekarskim« 1877 roku w Nr 28.

[7]) S. Kośmiński. Słownik lekarzów polskich, o. c.

[8]) Do współpracowników »Nowin lekarskich« w pierwszych siedmiu latach ich wydawnictwa należeli, z poza granic zaboru pruskiego, między innymi następujący lekarze, którzy drukowali w »Nowinach« bądź prace oryginalne, bądź oceny i sprawozdania z piśmiennictwa lekarskiego: Adamkiewicz, Babiński z Paryża, A. Beck, Biegański z Częstochowy, E. Biernacki, Browicz, Brudzewski, Bujwid, Czarkowski, Dunin, S. Dzierzgowski z Petersburga, A. W. Gluziński, T. Heryng, W. Janowski, W. Jaworski, Jurasz z Heidelberga, H. Kadyi, J. Karliński z Bośni, K. Klecki, E. Korczyński, Kostanecki, S. Krysiński, Matlakowski, K. Noiszewski, Obaliński, A. Rosner, L. Rydygier, L. Rutkowski z Płońska, Sędziak, S. Smoleński, Sobierański, A. Sokołowski, Sroczyński i St. Zaleski z Tomska. Skupić zastęp takich współpracowników to zaiste nie mała zasługa.

[9]) Nowiny lekarskie, 1889, str. 607.

[10]) J. Pagel. Biographisches Lexikon hervorragender Aerzte des XIX Jahrhunderts. Berlin-Wien 1901. str. 904.

ocenę: »Z wielką przyjemnością czytaliśmy powyższą pracę młodych naszych rodaków, gdyż oprócz dokładnych i sumiennych badań własnych widać na każdym kroku i sąd krytyczny i wielką znajomość odnośnej literatury« [11]).

Takie popieranie młodych uczonych przez podnoszenie ich prac, zasługujących na to, należy zaliczyć w poczet niewątpliwych zasług »Nowin lekarskich«. I później, za naczelnego redaktorstwa Święcickiego, jeszcze bardziej »Nowiny« dbały o popieranie młodych pracowników naukowych.

Pisząc o »Nowinach lekarskich« w pierwszem siedmioleciu ich wydawnictwa, godzi się jeszcze podnieść dwie rzeczy: dość częste drukowanie t. zw. sprawozdań poglądowych, których bodaj najwięcej napisał Święcicki, i szczegółowe podawanie sprawozdań ze zjazdów lekarskich: n. p. w drugim roczniku cały październikowy zeszyt zapełniony jest sprawozdaniami z X międzynarodowego Zjazdu w Berlinie, a w trzecim roczniku cały 94-stronicowy zeszyt wrześniowy zawiera wyłącznie sprawozdania z VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który się odbył w Krakowie.

Lubo redakcya »Nowin lekarskich« znakomicie wywiązywała się ze swego zadania, dokładając wszelkich starań, aby czasopismo to odpowiadało w zupełności swemu celowi, to jednak przechodziła ciężkie chwile w pierwszych latach wydawnictwa. Doszło do tego, iż zamierzano nawet czasopismo zawiesić. Na czele listopadowego zeszytu z r. 1891 znajduje się zapowiedź redakcyi, że prawdopodobnie rychło »Nowiny lekarskie« przestaną wychodzić. Redakcya, nadmieniając, że z góry przygotowana była na trudności, dodaje: »Nie przypuszczaliśmy atoli ani na chwilę, byśmy już po upływie trzech lat, widząc brak należytego poparcia ze strony kolegów wydawnictwa naszego, mieli być zniewoleni do oświadczenia, że mimo najlepszych chęci, nie będziemy mogli z powodu zbyt szczupłej liczby abonentów pisma naszego dalej od Nowego Roku wydawać«. Odezwa ta sprawiła wielkie wrażenie. Wszczęto w najpoważniejszych czasopismach lekarskich alarm i zajęto się energicznie akcyą ratunkową, bo upadek tak wybornie redagowanego czasopisma byłby niepowetowaną stratą. »Gazeta lekarska«, która z wielką życzliwością powitała była swego czasu pierwszy zeszyt »Nowin lekarskich«, teraz zaczęła nawoływać do popierania tego czasopisma. Przedrukowawszy niektóre ustępy z odezwy redakcyi »Nowin«, dodaje:»Z prawdziwem współczuciem pomieszczamy powyższe wyciągi z odezwy Nowin. Smutno pomyśleć, że gdy z jednej strony pewna garstka ludzi nie szczędzi czasu, trudów i pieniędzy, aby tylko służyć dobrej sprawie, to z drugiej strony inni, w ogromnej liczbie żałują kilku rubli rocznie, aby usiłowania tamtej garstki poprzeć i byt pisma zapewnić...« [12]). »Przegląd lekarski«, przedrukowawszy całkowicie odezwę »Nowin«, nie mniej energicznie od »Gazety lekarskiej« nawołuje do podtrzymywania czasopisma poznańskiego. Podnosi przytem wysoko zalety »Nowin«, pisząc: »I pokazało się wkrótce, na co zdobyć się może garstka pracowników powołanych, ożywionych gorącą miłością pięknego języka ojczystego. Obok obfitości treści, ani na chwilę nie spuścili z oka, że zadaniem głównem wydawnictwa pisma polskiego jest pielęgnowanie języka i przestrzeganie jego czystości«... »Nowiny lekarskie« odznaczały się zawsze językiem poprawnym obok innych wielkich zalet, a bez przesady rzec można, że każdy numer napawał nas radością w jednym i drugim względzie« [13]).

Ówczesny prezes Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego prof. Gluziński poruszył na posiedzeniu Towarzystwa myśl energicznego poparcia »Nowin« i zwrócił się do Towarzystwa lekarzy galicyjskich z prośbą, aby przyłączyło się do usiłowań lekarzy krakowskich w celu podtrzymania czasopisma poznańskiego. Skutek tych wszystkich zabiegów był nadspodziewanie pomyślny. Już w grudniowym zeszycie »Nowin« oświadcza redakcya, że otrzymawszy więcej, aniżeli nawet przypuszczać mogła, zachęty i otuchy do dalszego wydawania czasopisma, chętnie się nadal dotychczasowej pracy podejmuje. W końcu składa serdeczne dzięki Towarzystwu lekarskiemu Krakowskiemu, »Przeglądowi lekarskiemu« i »Gazecie lekarskiej« za ich szczere zajęcie się dolą »Nowin«. Był to zapewne najszczęśliwszy moment w dotychczasowych dziejach »Nowin lekarskich«. Redakcya »Nowin« przekonała się, że społeczeństwo umie ocenić szlachetną jej pracę i dobremu dziełu upaść nie pozwoli. Ze swej strony redakcya spełniła obietnicę i utrzymała następne roczniki »Nowin« na takim poziomie, na jakim znajdowały się trzy pierwsze.

Pierwszy okres dziejów »Nowin lekarskich« zamyka ustąpienie z przewodnictwa w komitecie redakcyjnym Prof. Wicherkiewicza, którego miejsce w początku roku 1896 zajął Dr Święcicki. Już drugi zeszyt ósmego rocznika wyszedł pod kierunkiem nowego redaktora. Trzeci zeszyt tego rocznika został poświęcony Prof. Wicherkiewiczowi, opuszczającemu Poznań, aby objąć katedrę okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim. Obok artykułów oryginalnych, napisanych przez wybitnych okulistów: B. R. Gepnera, Kamockiego, Z. Kramsztyka, Rumszewicza, Sroczyńskiego, Strzemińskiego i Talkę, znajdujemy w rzeczonym zeszycie opis uczty pożegnalnej na cześć Prof. Wicherkiewicza. W czasie tej uczty liczni mówcy podnosili zasługi Prof. Wicherkiewicza, a między nimi Biskup Dr Likowski, Dr Zielewicz, książe Zdzisław Czartoryski, Dr Koehler i Dr Chłapowski, który podniósł zasługi byłego przewodniczącego komitetu redakcyjnego »Nowin lekarskich«, mówiąc: »Tyś był nie tylko kierownikiem tej redakcyi, ale i przykładem dla nas pracowitości, gdy przy trudach całodziennych pomimo przeszkód najróżnorodniejszych znajdowałeś każdego dnia czas do załatwiania pilnych a kłopotliwych nieraz spraw redakcyjnych, a nadto poświęcałeś chwile należącego Ci się wypoczynku, — nieraz późno w noc niezabawnej wcale korekcie jedynie w tym celu, aby podtrzymać czasopismo to na wysokości, która nie tylko stanowi lekarskiemu, ale wogóle naszemu biednemu społeczeństwu polskiemu w pruskiej monarchii zaszczyt przynosi«.

Z chwilą objęcia przez Prof. Wicherkiewicza katedry w Uniwersytecie Jagiellońskim, poniósł Poznań wogóle, a »Nowiny lekarskie« w szczególności wielką stratę. Szczęściem, że kierownictwo »Nowin« dostało się w wypróbowane ręce Dr Święcickiego, który podobnie, jak poprzednik jego, celował zdolnościami organizatorskiemi. Nowy redaktor naczelny nie szczędził nie tylko pracy, lecz i pie-

[11]) Nowiny lekarskie 1890, str. 315—6.
[12]) Gazeta lekarska 1891, Nr 47, str. 945.
[13]) Przegląd lekarski 1891, Nr 47, str. 597—8.

nędzy, aby »Nowiny« jak najwyżej podnieść. W rzeczy samej ósmy rocznik »Nowin«, a pierwszy wydany pod kierunkiem naczelnym Święcickiego, wygląda jeszcze okazalej, aniżeli poprzednie. Rocznik ten zawiera kilkaset stronic więcej od ostatniego rocznika, wydanego przez poprzedniego przewodniczącego komitetu redakcyjnego, zawiera również więcej prac oryginalnych i ma treść jeszcze bardziej urozmaiconą.

Dr Święcicki redagował »Nowiny lekarskie« od roku 1896 do końca 1906, z przerwą przez 1898 rok i trzy pierwsze miesiące roku 1899, w którym to czasie przewodniczącym komitetu redakcyjnego był Chłapowski, aczkolwiek i wtedy Święcicki brał czynny udział w redagowaniu »Nowin« jako członek redakcyi, tudzież zastępując Dr Chłapowskiego w naczelnem redaktorstwie. W r. 1898 do komitetu redakcyjnego, który składał się wówczas z Chłapowskiego, Koehlera i Święcickiego z Poznania, L. Szumana z Torunia i Prof. Wicherkiewicza z Krakowa, przystąpili F. Drobnik, A. Jaruntowski i J. Panieński. Administratorem »Nowin« został Drobnik, którego miejsce w roku następnym zajął Jaruntowski. W r. 1899 przystąpił do komitetu redakcyjnego Krysiewicz, a w następnym Dr Gantkowski z Witkowa, Prof. Ciechanowski z Krakowa, Dr Dembowski i Dr Zahorski z Wilna, Drowie Dunin, Rychliński, A. Sokołowski i W. Żurakowski z Warszawy, oraz Dr Herman i Prof. Sieradzki ze Lwowa. Poczynając od roku 1901 nie wymienia się już na okładce »Nowin lekarskich« członków komitetu redakcyjnego, lecz nazwisko redaktora głównego i nazwiska stałych współpracowników, których w r. 1901 było 74, w r. 1902 — 99, w r. 1903 — 106, w r. 1904 — 106, w r. 1905 — 117, w r. 1906 — 124. Zjednanie tak licznej rzeszy współpracowników było wyłączną zasługą redaktora, który bardzo dużo czasu poświęcał na korespondencye z lekarzami w najrozmaitszych miejscowościach zachęcając ich do współpracownictwa w »Nowinach«. Prawdopodobnie częsta wymiana listów między redaktorem a współpracownikami przyczyniła się w znacznej mierze także do ożywienia w »Nowinach« działu korespondencyi. Dość, że za czasów redaktorstwa Święcickiego istotnie w »Nowinach« pojawiło się bardzo wiele korespondencyi, nieraz poruszających ważne sprawy. Spotykamy wtedy w »Nowinach« korespondencye zarówno z Polski, jak i z zagranicy, a mianowicie z Krakowa, Zakopanego, Lwowa, Warszawy, Częstochowy, Wilna, Łodzi, Kijowa, Mińska Litewskiego, Paryża, Wiednia, Monachium, Berlina, Goerbersdorfu, Londynu, Petersburga, Budapesztu, Neapolu, Pragi Czeskiej, Cirkvenicy, Sarajewa i innych miejscowości, nie wyłączając Lublina, Radomia, a nawet Zduńskiej Woli. Nie brak korespondencyi i z bardzo odległych stron, bo z New Yorku, Niżnego Nowogrodu, a nawet z Syberyi.

Prócz licznych korespondencyi, obok dobrze prowadzonego działu prac oryginalnych i sprawozdań z ruchu naukowego, do urozmaicenia treści »Nowin« przyczyniały się nie mało również dwa nowe działy, przez Dr Święcickiego wprowadzone: dział ocen prac nadesłanych redakcyi i przegląd prasy lekarskiej polskiej, zawierający streszczenia artykułów drukowanych w polskich czasopismach lekarskich. Drugi z tych działów dotychczas jest skrzętnie prowadzony w »Nowinach«, świadcząc o dużem poczuciu narodowem tego czasopisma. Za wprowadzenie tego działu do »Nowin« należy się szczególna wdzięczność Dr Święcickiemu, zwłaszcza, że ciągle jeszcze wolimy chwalić cudze, a swego poznawać nie chcemy. Dotychczas w niejednem naszem czasopiśmie lekarskiem drukuje się nieraz sprawozdania z błahych nawet prac obcych, a pomija się milczeniem prace polskie, rzetelną wartość posiadające.

Inicyatywie Dr Święcickiego »Nowiny lekarskie« zawdzięczają dużo. Oprócz wprowadzenia nowych działów, zaczął redaktor wydawać dość często numery, poświęcone uczczeniu ważnych rocznic, zasłużonych ludzi, lub też poświęcone ważnym sprawom naukowym, obchodzącym zarówno lekarzy praktyków jak i teoretyków. Wspomniałem już o wydaniu w r. 1896 zeszytu »Nowin«, zawierającego wyłącznie prace oryginalne z okulistyki, a poświęconego Prof. Wicherkiewiczowi. W roku 1897 zeszyt lutowy został poświęcony Prof. W. Brodowskiemu »w dniu ukończenia 70 półroczy nauczycielskiej działalności«. Zeszyt ten, ozdobiony dobrze wykonanym wizerunkiem jubilata, zawiera kilkanaście prac oryginalnych, napisanych przez W. Janowskiego, Flataua, Browicza, Steinhausa, Kopytowskiego, Dzierżawskiego, Dunina, Ciechanowskiego, Dmochowskiego, Przewoskiego, Markusfelda, Święcickiego i Zygmunta Laskowskiego. W r. 1900 zeszyt z dnia 1. czerwca został poświęcony Wszechnicy Jagiellońskiej z powodu pięćsetnej rocznicy jej odnowienia. W roczniku XVI, wydanym w r. 1904, zeszyt styczniowy wydany wraz z lutowym sprawia imponujące wrażenie. Poświęcony on został rozmaitym zagadnieniom z dziedziny gruźlicy [13]). Zeszyt kwietniowy tegoż roku zawiera prace oryginalne, wyłącznie nad rakiem, a mianowicie rozprawy: Nowickiego ze Lwowa, Serkowskiego z Łodzi, Prof. Hlavy z Pragi, Sędziaka z Warszawy, Lachsa z Krakowa, A. Rydygiera ze Lwowa, Prof. Deyla z Pragi, Bugla z Paryża i Doc. Pithy z Pragi.

Mimo niestrudzonych zabiegów redaktora coraz trudniej było utrzymać »Nowiny lekarskie« na dawnym wysokim poziomie. W r. 1900 zostały one przekształcone na dwutygodnik, lecz już w następnym roku zaczęły znów wychodzić jako miesięcznik. Od r. 1901 zaczęły »Nowiny« coraz więcej uwzględniać dział referatowy, stosując się do życzenia wielu czytelników, a zarazem uwzględniając uwagi zamieszczone w tej sprawie w »Krytyce lekarskiej« przez Dunina [14]). Lecz i ta zmiana, zaprowadzona w »Nowinach«, nie wpłynęła na polepszenie ich bytu. Na czele pierwszego zeszytu z 1904 roku wydrukowała Redakcya odezwę do współpracowników i czytelników, w której nie tai, że »Nowiny« niestety w coraz trudniejszych wychodzą warunkach. Jako bezpłatny dodatek do tego zeszytu, została załączona reprodukcya sztychu Antoniego Oleszczyńskiego. Rycina przedstawia Józefa Strusia przy łożu chorego sułtana tureckiego. Redakcya zapowiedziała jednocześnie, że wizerunek Strusia będzie początkiem »Albumu wszystkich wybitnych lekarzy polskich«, o ile liczba abonentów »Nowin« powiększy się. Istotnie wydawanie Albumu znacznie przy-

---

[13]) Zawiera on prace oryginalne następujących autorów: Prof. Ciechanowskiego, Doc. Kučery, Moraczewskiego, A. Sokołowskiego, Gantza, Halperna, Prof. Thomayera z Pragi, Gałeckiego z Goerbersdorfu, Pelnara z Pragi, Zembrzuskiego, Prof. Frankenbergera z Pragi, Łuniewskiego z Warszawy, A. Karwowskiego z Poznania i Maliniaka.

[14]) »Nowiny lekarskie«, 1900, Nr 22. z dnia 15. listopada.

czyniło się do powodzenia »Nowin« [15]). W ciągu kilku lat wydały »Nowiny« nakładem redaktora sporo portretów, tworzących pierwszą seryę albumu. Po złożeniu przez Dr Święcickiego urzędu redaktora z końcem roku 1906, dalsze tablice albumu zaczęły rzadko wychodzić, a obecnie od pewnego czasu nastąpiła przerwa w tem pożytecznem i pięknem wydawnictwie.

W roku 1904, w którym zaczął wychodzić album wybitnych medyków polskich, przystąpiła redakcya »Nowin« do bardzo poważnego wydawnictwa, które, gdyby się było powiodło, przyniosłoby wielki pożytek lekarzom polskim. Pełen inicyatywy i najlepszych chęci redaktor »Nowin« postanowił własnym nakładem rozpocząć wydawnictwo najcelniejszych pism znakomitych lekarzy i przyrodników polskich. Wydawnictwo miało nosić nazwę »Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego«. Zadaniem jej miało być pogłębianie myśli naukowej współczesnego pokolenia lekarzy i zachowanie ciągłości naszej tradycyi naukowej [15]). Każdy tom wydawnictwa miał mieć obszerny wstęp, zawierający życiorys autora przedrukowanych pism, tudzież rozbiór ich. Początek zamierzonej Biblioteki miało stanowić krytyczne wydanie »Teoryi jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego, ponieważ właśnie wówczas ubiegało sto lat od pierwszego wydania tego dzieła, stanowiącego chlubę naszego piśmiennictwa naukowego. Niestety nowe wydawnictwo nie znalazło poparcia ze strony lekarzy, choć prenumerata roczna była nader nizka. Co więcej, jedno z najpoważniejszych czasopism lekarskich polskich zajęło nieprzychylne względem zamierzonego wydawnictwa stanowisko. Wobec tych okoliczności redakcya »Nowin« postanowiła wydać jedynie »Teoryę jestestw organicznych«, wyznaczając za to dzieło tak nizką w prenumeracie cenę, że nawet nie pokrywała kosztów papieru i druku [17]). W rzeczy samej, po nader starannem, a przeto i bardzo kosztownem wydaniu dzieła Śniadeckiego, Dr Święcicki zaniechał dalszego wydawnictwa zamierzonej Biblioteki. Szkoda wielka, że z braku poparcia ogółu lekarzy inicyatywa redaktora »Nowin« nie została uwieńczona pożądanym skutkiem. Należy mu się jednak wdzięczność i za to, co w tym kierunku zrobił: za wydanie »Teoryi jestestw organicznych«, której trzy poprzednie wydania oddawna już były wyczerpane. Byłem trochę wtajemniczony w zamiary wydawnicze Dra Święcickiego, przeto tembardziej ubolewam, że dobre chęci redaktora »Nowin« spotkały się na samym początku z obojętnością.

Gdyby wydawnictwo »Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego« znalazło było w swoim czasie poparcie, mielibyśmy już z pewnością wydania krytyczne najważniejszych pism Chałubińskiego, Dietla, Hoyera, Matlakowskiego i innych znakomitych medyków polskich. Pisma ich, posiadające dużą wartość, rozproszone są przeważnie w dawnych rocznikach rozmaitych czasopism, a przeto współczesnemu pokoleniu lekarzy polskich prawie zupełnie nieznane. »Cudze chwalimy, swego nie znamy, sami nie wiemy, co posiadamy«, i wiedzieć nie chcemy. Przypominam, że Redakcya »Nowin lekarskich« przystąpiła do wydawania »Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego« w r. 1904. W sześć lat później przystąpiono w Niemczech do wydawania podobnej biblioteki pod nazwą »Klassiker der Medizin«, w której pod redakcyą historyka medycyny Sudhoffa, wyszło już wiele pism zarówno obcych, jak i niemieckich autorów, a między nimi Helmholtza, Henlego, Virchowa, Kocha i innych. Widocznie wydawnictwo to cieszy się w Niemczech wielkiem powodzeniem, bo rychło wychodzą tomiki za tomikami. Mogliśmy w tym względzie wyprzedzić Niemców, lecz snać nie doroślismy jeszcze do zrozumienia doniosłości naukowej i narodowej tego rodzaju wydawnictw. Sądzę jednak, że wcześniej lub później inicyatywa Dra Święcickiego zostanie podjęta przez jaką instytucyę n. p. Kasę im. Mianowskiego, lub przez którekolwiek z naszych czasopism lekarskich, zwłaszcza, że wydawanie peryodycznie pism wybitnych lekarzy i przyrodników naszych nie pociągnie wielkich kosztów, a pożytek niewątpliwie duży przynieść może.

Dr Święcicki i jako pracownik na niwie naukowej, i jako naczelny redaktor »Nowin lekarskich« położył wielkie zasługi społeczne, za które go niejednokrotnie spotykały zaszczytne odznaczenia. W r. 1900, gdy Wszechnica Jagiellońska obchodziła pięćsetną rocznicę swego odnowienia, mianowała redaktora Święcickiego honorowym doktorem medycyny. Nasze Towarzystwa lekarskie nie szczędziły również uznania Dr Święcickiemu, mianując go swym członkiem honorowym.

Po długiej, pełnej poświęcenia pracy, złożył Dr Święcicki redakcyę »Nowin lekarskich« w ręce Stanisława Łazarewicza, który redaguje »Nowiny« bez przerwy od początku roku 1907, przy udziale komitetu redakcyjnego, składającego się obecnie z D-rów: Chłapowskiego, Dziembowskiego, Kapuścińskiego, Panieńskiego, Fr. Zakrzewskiego, Mieczkowskiego, Pomorskiego, Niegolewskiego, Stasińskiego, Karwowskiego, Krysiewicza, Skoczyńskiego, Szumana, Dembińskiego i Gantkowskiego. Wszyscy wymienieni członkowie komitetu pracują w nim od początku r. 1907, prócz St. Szumana, który znacznie później do komitetu redakcyjnego przystąpił. Nadto nadmienić należy, że do grona członków redakcyi należał także Dr Schultz w r. 1907. Liczba współpracowników, których nazwiska wymieniane są na okładce »Nowin lekarskich«, za czasów redaktorstwa Dra Łazarewicza nie tylko nie zmniejszyła się w porównaniu z liczbą współpracowników dawniej wymienianych, ale nawet wzrosła. I tak w roku 1907 było wymienionych na okładce »Nowin« 151 współpracowników, w r. 1908 — 160, w r. 1909 — 165, w r. 1910 — 181, w r. 1911 — 180 i w r. 1912 — 185.

Redaktor Łazarewicz, o którego zasługach nie czas jeszcze pisać, bo działalność jego redaktorska nie jest bynajmniej ukończona, prowadzi »Nowiny lekarskie« w takim samym kierunku, w jakim były prowadzone przed objęciem przezeń urzędu redaktora, a więc zwracając największą uwagę na dział sprawozdań z bieżącego piśmiennictwa lekarskiego. Obok artykułów oryginalnych dużo miejsca poświęcają »Nowiny« również sprawozdaniom poglądowym, których spora liczba wyszła z pod pióra samego redaktora. Pod względem objętości roczniki »Nowin«, wydane pod redakcyą Dra Łazarewicza nie ustępują poprzednim. Pierwszy zeszyt »Nowin« wydany pod nową

---

[15]) Fr. Chłapowski: 24-letnie dzieje »Nowin lekarskich«. »Nowiny lekarskie« 1913, Nr 1.

[16]) Odezwa Redakcyi »Nowin lekarskich«. »Nowiny lekarskie, 1904, Nr 5, str. 281.

[17]) Nowiny lekarskie, 1905. Nr 1, str. 62.

redakcyą został poświęcony H. Święcickiemu »w uznaniu pełnej poświęcenia pracy i niespożytych zasług około »Nowin lekarskich«. Za redaktorstwa Dra Łazarewicza zostało wydanych i kilka innych zeszytów okolicznościowych »Nowin«, a mianowicie zeszyt grudniowy w 1910 roku został poświęcony Prof. Cybulskiemu z powodu ćwierćwiekowej działalności nauczycielskiej; zeszyt styczniowy w r. 1911 Ignacemu Zielewiczowi, współzałożycielowi »Nowin«, z powodu 25-letniej działalności na stanowisku ordynatora oddziału chirurgicznego w Szpitalu Przemienienia Pańskiego; wreszcie zeszyt lipcowy z tegoż roku »Przeglądowi lekarskiemu« z powodu 50 letniego jubileuszu.

Dr Łazarewicz dużo poświęca czasu i umiejętnej pracy, aby »Nowiny lekarskie« odpowiadały swemu zadaniu. Praca obecnego redaktora jest bodaj jeszcze cięższa, aniżeli poprzednich redaktorów, gdyż »Nowiny« wychodzą w coraz trudniejszych warunkach, a mimo tego starają się utrzymać na wysokim poziomie naukowym. W uznaniu rzetelnych zasług Dra Łazarewicza, położonych w arcyuciążliwem prowadzeniu »Nowin«, Towarzystwo lekarskie Krakowskie mianowało go niedawno swym członkiem honorowym.

Pisząc o tych, którzy dużo pracy »Nowinom lekarskim« poświęcili, nie godzi się zapomnieć i o F. Zakrzewskim, który przeszło dziesięć lat był wzorowym administratorem »Nowin«.

Teraz, po 24 latach sumiennej pracy, włożonej przez tylu ludzi w jedyne czasopismo lekarskie polskie w zaborze Pruskim, »Nowiny lekarskie« stoją przed nowemi trudnościami, wynikającemi przedewszystkiem z powodu zbyt małego popierania ich przez ogół lekarzy polskich. Obowiązkiem naszym jest podtrzymywać tę placówkę naukową polską, tembardziej, że znajduje się ona na zagrożonym posterunku. Łatwiej moglibyśmy przeboleć upadek czasopisma naukowego w Krakowie, Lwowie, a nawet w Warszawie, aniżeli w Poznaniu, gdzie raz zgaszone ognisko kultury naszej nie łatwo daje się z powrotem rozniecić. Tam nawet najdrobniejszej placówki powinniśmy bronić ze wszystkich sił.

Gdy myślę o najbliższej przyszłości »Nowin lekarskich«, mimowoli przypomina mi się ustęp ze wspomnień X. Pawlickiego o Józefie Mianowskim. X. Pawlicki, były docent Szkoły Głównej Warszawskiej, spotkał się pewnego razu w Rzymie w jednym domu polskim z Mianowskim, który po zamknięciu Szkoły Głównej zamieszkał we Włoszech. »Ponieważ byłem już kapłanem, — pisze X. Prof. Pawlicki — a wielu obecnych nie wiedziało nic o mojej docenturze warszawskiej, przedstawiali mnie mojemu dawnemu rektorowi, jako rettore del Collegio Polacco. Mianowski zaśmiał się, widząc mnie w sutannie, bo nie słyszał był o mojem wstąpieniu do stanu duchownego. Winszował mi wtedy rektorstwa kollegium polskiego. A ja także z uśmiechem odparłem: co znaczyć może rektorstwo kollegium polskiego obok rektora Szkoły Głównej! A Mianowski z westchnieniem odparł na to: »Lepiej być rektorem nawet małego zakładu, niż żadnym rektorem«. Wygłosił w prostej formie wielką prawdę [1]). Zaiste, prosta to, a zarazem wielka prawda, o której zwłaszcza my Polacy nie powinniśmy nigdy zapominać. Należy nam o tem zawsze pamiętać, że każdą instytucyę, choćby chylącą się do upadku, choćby chwilowo mało żywotną, należy za wszelką cenę podtrzymywać, bo później, wobec sprzyjających okoliczności, stokroć łatwiej będzie rozwijać ją, aniżeli tworzyć całkiem nową. Dlatego, gdyby nawet dla »Nowin lekarskich« nadeszły jeszcze gorsze czasy, aniżeli obecne, lepiej zgodzić się na to, aby wychodziły w dwukrotnie, w czterokrotnie, a nawet w dziesięćkrotnie mniejszej objętości, niż pozwolić im upaść zupełnie. Lepiej mieć nawet bardzo skromne pisemko naukowe, aniżeli nie mieć żadnego. Podtrzymywanie ciągłości tradycyi wszystkiego dobrego i pożytecznego, niedopuszczanie do przerywania się tej tradycyi, oto jedno z naczelnych zadań społeczeństw, które wierzą w swoją przyszłość.

Dopóki wśród lekarzy poznańskich będą żyć ideały Karola Marcinkowskiego, możemy być spokojni o byt każdej placówki ich pieczy powierzonej, a więc i o byt »Nowin lekarskich«, które, oby rozwijały się jak najpomyślniej na pożytek nauki polskiej, na chlubę lekarzy wielkopolskich!

18) X. Dr Stefan Pawlicki, prof. uniw. Jubileusz Szkoły Głównej. Głos Narodu, 1912, Nr 281 z d. 8. grudnia.

Znaczenie morfologiczne fałdów otrzewnej około kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego człowieka.

Podał

K. Kostanecki

U wszystkich ssaków i u człowieka tworzy kiszka ślepa i ewentualne jej przedłużenie w postaci wyrostka robaczkowego (jak u wyższych małp i u człowieka) wypuklenie kiszki grubej w kierunku jelita biodrowego; jest to niejako uchyłek kiszki grubej, wytworzony przez część jej ściany, a mianowicie część ściany, przeciwległą przyczepowi krezki (mesenterium dorsale), tak, iż z tego względu kiszka ślepa zwierząt ssących przedstawia typ, który nazwać możemy »coecum ventrale« [1]).

Ale ani kiszka ślepa ssaków, ani kiszka ślepa z wyrostkiem robaczkowym człowieka nie tworzy wypuklenia swobodnie zupełnie wyrastającego, lecz pozostaje w całej swej długości w związku ze ścianą kanału pokarmowego, względnie jego krezką, przez fałdy otrzewnej.

U człowieka występują trzy fałdy: jeden fałd przedni, rozpoczynający się od krezki kiszki grubej i gubiący się w dolnej części kiszki ślepej, nie dochodząc zazwyczaj do początku wyrostka robaczkowego. Fałd ten najczęściej na-

1) Takie »coecum ventrale«, jako wypuklenie wentralnej części ściany kiszki grubej, jest dopiero stałym nabytkiem ssaków. U najniższych kręgowców przedstawia się kiszka ślepa jako wypuklenie ściany tylnej, zwróconej ku krezce (coecum dorsale), u gadów spotykamy kiszkę ślepą albo zwróconą ku tyłowi, albo też do boku ku lewej lub prawej stronie, a więc »coecum dorsale« albo »coecum laterale«, u ptaków mamy stosunki o tyle zupełnie odrębne, że spotykamy u przeważnej ich liczby podwójną kiszkę ślepą, z których jedna wypukla się z lewej, druga z prawej strony, choć nie zupełnie symetrycznie. U niektórych tylko ptaków (czapli, Ardeidae) mamy kiszkę ślepą nieparzystą, leżącą podobnie jak u ssaków, wentralnie.

zywany jest »plica mesenterico-coecalis« (plica ileo-colica lub plica ileo-coecalis anterior). Drugi fałd, (którego cały przebieg najlepiej wówczas możemy śledzić, jeśli końcowa część jelita biodrowego i początek jelita grubego nie są przyklejone do tylnej ściany brzusznej, lecz mają choćby częściowo swobodną krezkę), rozpoczyna się na tylnej powierzchni krezki, biegnie po tylnej ścianie kiszki ślepej do wyrostka robaczkowego, gubiąc się dopiero ku jego końcowi. Fałd ten tylny jest o wiele silniejszy, aniżeli fałd przedni, więcej odstający, kształtu sierpowatego, a znany ogólnie jest pod nazwą krezeczki wyrostka (mesenteriolum processus vermiformis).

Zarówno przedni, jako też tylny fałd zawiera naczynia krwionośne, przeznaczone dla kiszki ślepej, względnie tylny fałd dla wyrostka robaczkowego.

Pomiędzy tymi dwoma fałdami znajduje się fałd trzeci, środkowy, biegnący pomiędzy jelitem biodrwem, a kiszką ślepą, względnie wyrostkiem robaczkowym, fałd, opisany przez Luschkę[2]) pod nazwą »plica ileo-coecalis«, następnie najczęściej nazywany »plica ileo-appendicularis«. Fałd ten na jelicie biodrowem kończy się zazwyczaj nie nagle, lecz tworzy smugę coraz delikatniejszą, którą nieraz na znaczniejszej odległości wyśledzić można; brzeg jego zwrócony ku kiszce ślepej i wyrostkowi robaczkowemu łączy się i zrasta w znaczniejszej swej dolnej części w jeden fałd z fałdem naczyniowym tylnym, czyli krezeczką wyrostka (mesenteriolum).

Pomiędzy dwiema blaszkami otrzewnej, tworzącemi ten fałd, znajdują się włókna mięsne gładkie, poza tem fałd ten przedstawia się najczęściej, a mianowicie u zarodków i noworodków, jako przeźroczysta cienka błona, może jednakowoż zawierać także, choć małe gałązeczki naczyń, pochodzące od tętnicy, zaopatrującej wyrostek robaczkowy, które w miejscu połączenia się tego fałdu z krezeczką wyrostka (mesenteriolum) nań się zakręcają (rami recurrentes arteriae appendicularis); czasem zawiera ten fałd tkankę tłuszczową, i to nawet w bardzo znacznej ilości.

Gdy poprzednio opisane fałdy, t. j. »plica mesenterico-coecalis« i »krezeczka«, wyraźnie tłómaczą się jako fałdy naczyniowe, znaczenie morfologiczne fałdu środkowego jest zupełnie inne. Przebiegiem naczyń żadną miarą tłómaczyć go nie można, jak to czynią niektórzy autorowie; pomijam również i inne, dawne, nieudatne mem zdaniem objaśnienia.

Dopiero badania porównawczo-anatomiczne i rozwojowe pozwalają nam zrozumieć powstanie tego fałdu.

Dla zwierząt ssących możemy stwierdzić istnienie pewnego zasadniczego typu pod względem zachowania się fałdów idących ku kiszce ślepej.

Coprawda napotykamy tu przy ocenianiu stosunków u różnych zwierząt na znaczne trudności.

Przedewszystkiem co do samej kiszki ślepej mamy u różnych grup ssaków ogromne różnice; niektóre ssaki nie posiadają wogóle kiszki ślepej, u niektórych dosięga ona natomiast ogromnych rozmiarów, a między temi dwiema ostatecznościami mamy mnóstwo form przejściowych co do wielkości, a ogromną różnorodność co do kształtu; u wyższych małp i u człowieka końcowa część kiszki ślepej[3]) pozostaje znacznie wstecz w rozwoju w porównaniu z częścią początkową i tworzy t. zw. wyrostek robaczkowy.

O ile końcowa część jelita biodrowego i kiszka gruba mają swobodną pierwotną swą krezkę, stosunki fałdów otrzewnej są przejrzystsze, natomiast znacznie więcej skomplikowane będą one wówczas, gdy następują sklejenia otrzewnej kiszki grubej, a z nią nieraz i kiszki ślepej, z otoczeniem; przypominam tu n. p. spiralny skręt początku kiszki grubej u przeżuwaczy, gdzie skręty spiralne są nietylko między sobą posklejane, ale i przyrośnięte do ściany krezki; podobne, choć mniej wybitne sklejenia mamy i u innych zwierząt. Zaciera się również pierwotny stosunek fałdów, jeśli się kiszka ślepa lub początek kiszki grubej sklėją z ościenną blaszką otrzewnej, zyskując w ten sposób stałe przytwierdzenie do tylnej ściany brzusznej, jak to widzimy u człowieka, a ponad to u niektórych zwierząt, podobnie jak u człowieka, skręt kiszki grubej wobec jelita cienkiego i charakterystyczne skrzyżowanie się z niem zmienia zasadniczo stosunki topograficzne.

To też chcąc obrazy kiszki ślepej u różnych zwierząt porównywać, trzeba w tych razach, gdzie stosunki topograficzne czy to skutkiem sklejenia, czy też skutkiem skrętu kiszki grubej i skrzyżowania się z jelitem cienkiem uległy zmianie, przedewszystkiem przywrócić sobie w myśli obraz, jaki przedstawiał przewód pokarmowy u zarodka, zanim skrętu dokonał i dopóki miał typową ruchomą krezkę grzbietną (mesenterium dorsale).

Przy tego rodzaju analizie dla wszystkich zwierząt ssących, które kiszkę ślepą posiadają, można ustalić główne zasadnicze cechy zachowania się otrzewnej, a różnice sprowadzić do zjawisk drugorzędnych. W ten sposób uzyskujemy pewien ogólny zasadniczy typ fałdów otrzewnej.

Jako taki prototyp, niezatarty żadnemi drugorzędnemi zmianami, wskazał Treves[4]) w swej znakomitej pracy stosunki, które spotykamy u małpy Ateles. Treves wykazał, że ku kiszce ślepej biegną tam od prawej i lewej strony krezki symetrycznie dwa równomiernie rozwinięte fałdy naczyniowe, a między nimi biegnie fałd, łączący jelito biodrowe z kiszką ślepą, fałd zupełnie nieunaczyniony, zupełnie samodzielny, nie łączący się z żadnym z fałdów naczyniowych. Fałd ten nazywa Treves »the bloodless fold«, w literaturze nazywany jest albo odpowiednio do analogicznego fałdu u człowieka »plica ileocoecalis«, albo, głównie u angielskich autorów, »the middle«, albo »the inter. mediate fold« albo też »the intermediate non vascular fold«.

Zupełnie podobne stosunki, jak Treves u Ateles, znalazłem u Cryptoprocta ferox[5]); uprzytomniają nam je ryc.

---

[2]) Die organische Musculatur innerhalb verschiedener Falten des menschlichen Bauchfells. Archiv für Anatomie und Physiologie 1862.

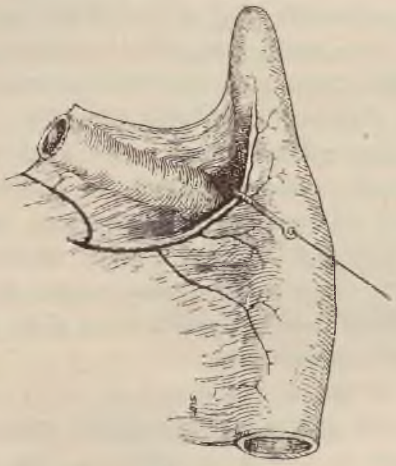
[3]) Nazwy »kątnica« dla oznaczenia »coecum« unikam, ponieważ tylko u człowieka i nielicznych zwierząt spotyka się istotnie jelito cienkie z kiszką grubą pod kątem, u przeważnej części tworzy końcowa część jelita biodrowego i początkowa część kiszki grubej razem łukowatą pętlę. Mem zdaniem nazwy i w anatomii ludzkiej powinny, o ile możności, uwzględniać stosunki porównawczo-anatomiczne.

[4]) Hunterian Lectures. The anatomy of the Intestinal Canal and Peritoneum in Man. British medical Journal 1885.

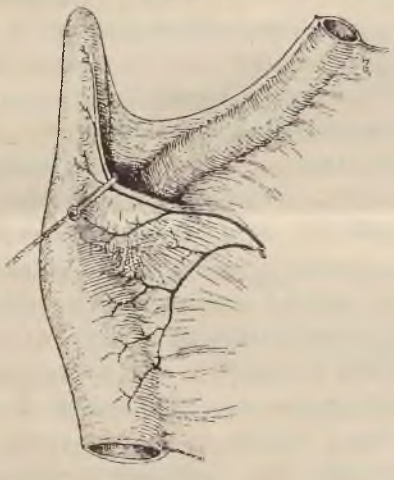
[5]) Bardzo ładnie zachowany przewód pokarmowy tego rzadkiego zwierzęcia zawdzięczam uprzejmości dyrektora muzeum zoologicznego berlińskiego, prof. A. Brauera.

1, 2 i 3. Widzimy i tutaj dwa symetryczne od krezki ku kiszce ślepej biegnące fałdy naczyniowe, jeden prawy, drugi lewy, zawierające gałązki tętnicze i żylne (art. coecalis dextra et sinistra), pochodzące od tętnicy krezkowej górnej (art. mesenterica sup.).

Aby módz niezależnie od zmian położenia topograficznego i skrętów pętli przewodu pokarmowego fałdy te u różnych zwierząt między sobą porównywać, musimy je nazwać »plica vasculosa mesenterico-coecalis dextra (ryc. 1) et sinistra« (ryc. 2).

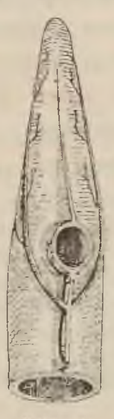


Ryc. 1.



Ryc. 2.

W zupełnie równym odstępie między fałdami naczyniowymi biegnie samodzielny zupełnie fałd, łączący grzbietną stronę kiszki ślepej ze ścianą jelita biodrowego wentralną, t. j. przeciwległą przyczepowi krezki (por. ryc. 1 i 2). W rycinie 3 widzimy początek kiszki grubej z kiszką ślepą,



Ryc. 3.

jako też w przekroju końcowy kawałek jelita cienkiego i ku nam zwróconą przekrojoną krezkę; od niej odchodzą symetrycznie lewy i prawy fałd naczyniowy, w środku między nimi przebiega fałd nieunaczyniony od kiszki ślepej ku jelitu biodrowemu, w tym obrazie widoczny również w przekroju.

Fałd ten nazywać będę »vinculum ileo-coecale« tam, gdzie jak u człowieka, idzie on ku końcowej części kiszki ślepej zredukowanej do wyrostka robaczkowego, »vinculum ileo-coeco-appendiculare«. Fałd ten, jak to na rycinach widzimy u Cryptoprocta ferox, a podobnie i u wielu zwierząt, wydłuża się na ścianie jelita biodrowego w smugę, która nieraz na bardzo długiej przestrzeni się ciągnie; smugę tę nazywać będę »stria iliaca«; spotykamy ją jako przedłużenie »vinculum ileo-coeco-appendiculare« także bardzo wyraźnie i u człowieka.

Przez nazwę »vinculum ileo-coecale« chciałbym zaznaczyć, że fałd ten łączy stale jelito biodrowe z kiszką ślepą, t. j. że spotykamy go zawsze u wszystkich zwierząt ssących, posiadających kiszkę ślepą i że jest on przypomnieniem stosunku rozwojowego, jaki istnieje między kiszką ślepą, a główną cewką przewodu pokarmowego.

Wiemy bowiem dzisiaj, że pierwszy zawiązek kiszki ślepej zaznacza się jako zgrubienie warstwy mezodermalnej, wychodzące ze ściany kiszki grubej, ale ciągnące się pod blaszkę otrzewną wzdłuż ściany jelita biodrowego; w to zgrubienie mezodermalne wrasta dopiero następnie nabłonek entodermalny jelita grubego, tworząc ślepo kończący się zaułek; czyli, że kiszka ślepa nie rozwija się jako swobodne wypuklenie z kiszki grubej, lecz zgrubienie mezodermalne wzdłuż jelita cienkiego zaznacza drogę dla jej rozwoju. Nawet gdy już zaczną się wybitnie różnicować warstwy mięsne jelita cienkiego i kiszki ślepej, obydwie cewki przylegają ściśle do siebie i wspólna jeszcze otacza je błona otrzewna; w miarę rozrostu światła i zgrubienia ścian zaczyna dopiero kiszka ślepa, i to najpierw oczywista swą końcową częścią, oddalać się od jelita biodrowego, zaczyna się wobec tego zaznaczać przewężenie między obydwiema cewkami, ale otrzewna, która je od początku wspólnie obejmowała, pozostaje jako stały łącznik między niemi; a w miarę oddalania się kiszki ślepej lewa i prawa blaszka otrzewnej zbliżają się do siebie i wytwarza się fałd, złożony tylko z tych dwóch blaszek otrzewnej, którego kształt sierpowaty tłómaczy się tem, że kiszka ślepa, początkiem swym z kiszką grubą złączona, końcową swą częścią w coraz wyższym stopniu się oddala.

I u zwierząt i u człowieka wśród tego fałdu można znaleźć pojedyncze włókna mięsne, przechodzące z warstwy mięsnej podłużnej jelita biodrowego ku kiszce ślepej. Powstanie tego fałdu ze zbliżenia się lewej i prawej blaszki otrzewnej, która pokrywała warstwę mięsną przewodu pokarmowego, najzupełniej istnienie tych włókien tłómaczy. U przeważnej części zwierząt ssących to zgrubienie mezodermy sięga na dłuższej przestrzeni jelita biodrowego; prawdopodobnie pierwotne zgrubienie mezodermalne przy szybkim bardzo rozroście jelita cienkiego na długość zostaje w kierunku podłużnym pociągnięte. Gdy potem wypukli się światło nabłonkowe kiszki ślepej, nie wyrasta ono w kierunku podłużnym równie daleko, jak zawiązek mezodermalny; jako ślad pierwotnego zawiązka pozostaje wzdłuż jelita biodrowego smuga, tworząca oczywiście prze-

dłużenie omawianego właśnie »vinculum ileo-coecale«, smuga, którą nazwałem »stria iliaca« [6]).

Stosunki rozwojowe pozwalają nam tem lepiej zrozumieć i w zupełnie prosty mechaniczny sposób sobie wytłomaczyć, dlaczego naczynia krwionośne, zdążające do kiszki ślepej (względnie wyrostka robaczkowego), wyswobadzają się ponad powierzchnię krezki i jelita, wznosząc ze sobą otrzewnę w postaci fałdów.

Zawiązek kiszki ślepej tworzy się z kiszki grubej, z tych też naczyń, które kiszkę grubą zaopatrują, wrastają gałązki w zawiązek kiszki ślepej. A że ta jest w łączności z jelitem biodrowem przez »vinculum ileo-coecale«, a jelito biodrowe wraz z początkiem kiszki grubej nie przebiega prosto, lecz tworzy pętlę (ansa ileo-coecalis), więc naczynia krwionośne, zdążające ku kiszce ślepej, czyli poza obwód właściwy pierwotnego przewodu pokarmowego celem jaknajszybszego dojścia do końcowego miejsca przeznaczenia, mają tendencyę wyswobodzenia się ze związku ze ścianą jelita i podnoszą wraz z sobą otrzewnę w postaci fałdu.

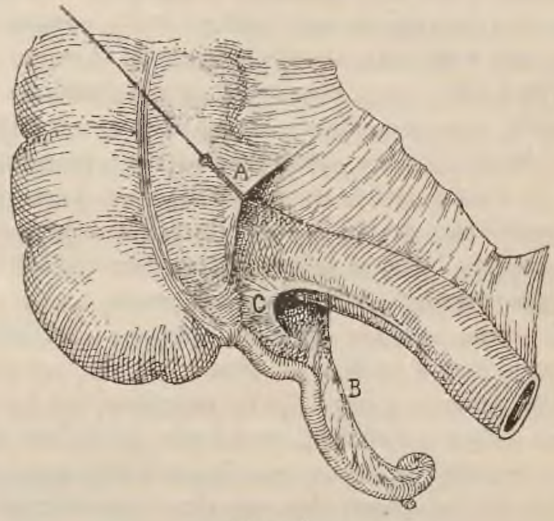
Obraz fałdów otrzewnej, jakie Treves opisał u Ateles, jakie opisałem powyżej u Cryptoprocta ferox, t. j. że mamy niezależne od siebie zupełnie trzy fałdy, dwa symetryczne fałdy naczyniowe, »plica vasculosa dextra et sinistra« i »vinculum ileo-coecale«, przechodzące »w stria iliaca«, spotykamy tylko u nielicznych zwierząt, n. p. pomimo pewnych drugorzędnych zmian spotykamy zasadniczo ten sam obraz bardzo wybitnie u konia. Przeważnie jednakowoż stosunki tych fałdów ulegają zmianie, a mianowicie wchodzą tu w grę przedewszystkiem dwa czynniki:

1) Fałdy naczyniowe mogą się rozwinąć nierówno skutkiem tego, że jedna tętnica, zaopatrująca kiszkę ślepą, rozwija się znacznie silniej od drugiej, fałd zatem prawy może być rozwinięty znacznie silniej, niż lewy, albo odwrotnie.

Niesymetrya w rozwoju obydwu fałdów naczyniowych może być u niektórych zwierząt tylko nieznaczna, u niektórych natomiast może być różnica bardzo wybitna, a nawet może się zachować tylko jeden fałd naczyniowy skutkiem tego, że tylko jedna tętnica, lewa czy prawa, ku kiszce ślepej zdąża.

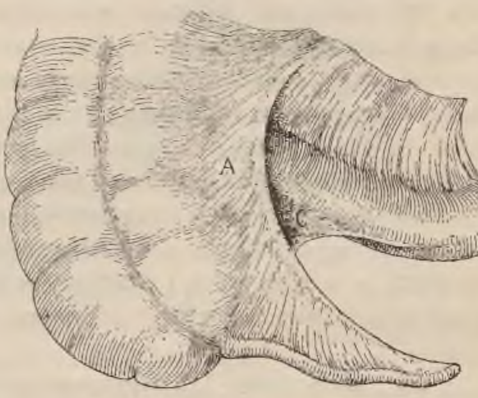
2) Fałd naczyniowy słabiej rozwinięty pozostaje fałdem samodzielnym, natomiast fałd naczyniowy silniej rozwinięty zazwyczaj spotyka się i zrasta z fałdem środkowym, z »vinculum ileo-coecale«, przez co od miejsca połączenia się tych dwóch fałdów samodzielność ich się zatraca. Połączenie to odnieść należy do wczesnych okresów rozwojowych; gałązki silniejszych naczyń biegnących w fałdzie otrzewnej, rozrastając się na kiszce ślepej, napotykają na fałd środkowy (vinculum ileo-coecale) i korzystają z niego, aby jak najszybciej i w warunkach najkorzystniejszych dotrzeć do końca kiszki ślepej (u człowieka do wyrostka robaczkowego).

U człowieka fałdy naczyniowe lewy i prawy skutkiem skrętu, jaki wykonywa jelito w życiu płodowem, przedewszystkiem skutkiem podkowiastego przebiegu kiszki grubej, zmieniły zupełnie swe położenie, ale jeżeli uprzytomnimy sobie pierwotne położenie cewki przewodu pokarmowego i jej krezki, albo jeśli mamy przed sobą przewód pokarmowy z zachowaną nie przyklejoną do ściennej blaszki otrzewnej krezką (mesenterium dorsale) w okolicy jelita biodrowego i kiszki grubej, możemy stwierdzić (por. ryc. 4),



(Ryc. 4).

że fałd prawy (A), zawierający mniejsze gałązki naczyniowe tworzy fałd przedni, fałd lewy (B) natomiast, zawierający gałązki znacznie silniejsze, a zaopatrujące pierwotną lewą stronę kiszki ślepej, a następnie cały wyrostek robaczkowy zwrócony jest ku tyłowi. Fałd ten właśnie łączy się i zrasta z »vinculum ileo-coecale« (C), a w anatomii ludzkiej ze względu, że doprowadza naczynia do wyrostka robaczkowego, nosi oddawna nazwę »mesenteriolum processus vermiformis« (B). Nazwa morfologicznie nie słuszna, bo geneza tego fałdu jest inna zupełnie, aniżeli krezki całego przewodu pokarmowego, (mesenterium). Morfologiczna jego nazwa powinna pozostać »plica vasculosa mesenterico-coeco-appendicularis sinistra« albo ze względu na położenie topograficzne można go nazwać u człowieka «plica vasculosa mesenterico-coeco-appendicularis posterior«. Znane są jednakowoż przypadki u człowieka (por. ryc. 5), w których »mesente-



(Ryc. 5).

riolum« przebiega od krezki jelita grubego do przodu (A), poprzed końcową częścią jelita biodrowego, łącząc się z fałdem środkowym (C), z »vinculum ileo-coecale«, natomiast fałd na-

[1]) Analogiczne zupełnie stosunki tak co do rozwoju kiszki ślepej, co do rozwoju »vinculum ileo-coecale«, jako też »stria iliaca« mamy u ptaków, z tą tylko różnicą, że mamy tam podwójne zawiązki parzystej kiszki ślepej, skutkiem tego i dwa »vincula ileo-coecalia«, dwie »striae iliacae«.

O ile znowuż stosunki u ptaków i ssaków wyprowadzić możemy ze stosunków, jakie spotykamy u niższych kręgowców, t. j. gadów, płazów i ryb, tego w niniejszym krótkim szkicu omawiać nie mogę, ponieważ musiałbym dokładniej zastanawiać się nad różnorodnymi stosunkami, jakie u nich spotykamy.

czyniowy tylny jest słabo rozwinięty i tworzy tylko fałd krótki, gubiący się na kiszce ślepej. Przypadki takie spotykałem u dorosłych, u dzieci, a nawet u zarodków. W tych przypadkach naczynia prawostronne rozwinęły się silniej, a lewostronne słabiej, odwrotnie jak zwykle, i w tym razie fałd silniejszy prawy, tak tak jak zwykle lewy, połączył się z »vinculum ileo-coecale«. Ale te przypadki tem więcej wykazują nam stałość fałdu środkowego t. j. »vinculum ileo-coecale«.

Treves który pierwszy morfologicznie wykazał, iż fałd, łączący jelito biodrowe z kiszką ślepą »this singular membrane«, jest istotnie »a very general fold«, uważa to pierwotne stałe połączenie między jelitem biodrowem a kiszką ślepą jako »the true mesentery of the coecum«, u człowieka »the true mesentery of the coecum and the appendix«; fałd naczyniowy zaś doprowadzający naczynia krwionośne do kiszki ślepej i do wyrostka roboczkowego, a więc »mesenteriolum« uważa za »substituted mesentery«. Z tem zapatrywaniem Trevesa się nie godzę; jego «bloodless fold«, omawiane powyżej »vinculum ileo-coecale«, mem zdaniem morfologicznie zajmuje zupełnie odrębne stanowisko, geneza jego jest zupełnie odrębna i nie da się porównać z genezą żadnego innego fałdu otrzewnej, bo żaden inny fałd nie da się sprowadzić wyłącznie do blaszki trzewnej błony otrzewnej (lamina visceralis peritonei), a już specyalnie różni się »vinculum ileo-coecale« i genetycznie i przebiegiem swym od tych fałdów, które oznaczamy nazwą krezki (mesenterium, ogólniej »le méso« francuskich autorów), czy to krezki przewodu pokarmowego (mesenterium dorsale lub mesenterium ventrale) czy też fałdów, które nazwą krezki przy narządzie płciowym oznaczamy (mesorchium, mesovarium, mesonephridium, mesepididymis, mesosalpinx i t. d.), bo nie wyswobadza się ono z blaszki ściennej błony otrzewnej i nie łączy tak jak tamte narządu, do którego przebiega, t. j. kiszki ślepej z blaszką ścienną błony otrzewnej. Pod względem fizyologicznym wreszcie nie spełnia właśnie nigdy tej czynności, jaka przypada krezce. Przez wprowadzenie pojęcia »true mesentery«, to jest prawdziwej krezki kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego dla »vinculum ileo-coecale« względnie »ileo-coeco-appendiculare« nie uprzystępniamy sobie zrozumienia morfologicznego znaczenia tego fałdu; przeciwnie przez zestawienie z cechami, jakie łączymy z pojęciem krezki, »le méso« różnice tem bardziej się uwydatniają i właśnie odrębność morfologiczna tego fałdu tem wybitniej występuje.

Oprócz tych trzech głównych fałdów, które zawsze odnaleźć możemy, nawet przy najróżnorodniejszych położeniach kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego, a które tylko w razie bardzo znacznie przez zrosty zmienionych warunków są trudne do odnalezienia, możemy mieć w okolicy kiszki ślepej, końcowej części jelita biodrowego i początkowej części kiszki grubej u człowieka rozmaite fałdy, nieraz i w większej ilości, a między nimi i przewodem pokarmowym mniej lub więcej wyraźne, mniej lub więcej głębokie zaułki.

Fałdy te tak co do ilości, jako też co do stopnia rozwoju i co do położenia, przedstawiają się niezmiernie różnorodnie, nadzwyczaj zmiennie, tak że opisy różnych autorów nie mogą wyczerpać wszystkich obrazów i każdy, zwracający uwagę na okolicę kiszki ślepej, już w krótkim czasie znajdzie typy tych fałdów uzupełniające dotychczasowe spostrzeżenia. Pochodzi to stąd, że fałdy te nie mają stałego podkładu morfologicznego, a istnienie ich tłómaczy się tem, że pętla przewodu pokarmowego, obejmująca końcową część jelita cienkiego, kiszkę ślepą i początek kiszki grubej u zarodka w różnym czasie, różnie wysoko i w różnym stopniu skleja się czy to otrzewną swej krezki, czy też otrzewną, pokrywającą samą ścianę cewki przewodu pokarmowego, ze ścienną blaszką otrzewnej. O ile sklejenie będzie tylko częściowe, w miejscach sklejonych będziemy mieli łączność blaszki trzewnej błony otrzewnej z blaszką ścienną w postaci fałdów, a w miejscach niesklejonych zaułki (fossae, recessus). Albo też przewód pokarmowy, skleiwszy się z blaszką ścienną, może posuwać się w dalszym ciągu, aż kiszka ślepa dojdzie do prawego talerza biodrowego, w miarę wypełniania się przewodu pokarmowego czy to smółką u zarodka, czy też treścią w życiu pozapłodowem, ruchy jego wciąż się potęgują. Otóż przewód pokarmowy przy tych różnorodnych ruchach, a tem więcej przy tworzeniu się wypukleń okrężnicy i kiszki ślepej (haustra), może w miejscu sklejenia pociągać, unosić części ściennej blaszki otrzewnej i tworzyć fałdy, »plicae«, w najrozmaitszych odmianach. Do tego typu możemy sprowadzić te różnorodne fałdy, łączące czy to okrężnicę wstępującą, czy kiszkę ślepą z blaszką ścienną otrzewnej (»ligamenta coli, ligamenta coeci«, nazwane także przez niektórych autorów »ligamenta suspensoria coeci«), a podobne fałdy mogą łączyć również jelito biodrowe lub jego krezkę z tylną ścianą brzuszną. Fałdy te i zaułki między nimi lepiej możemy uwidocznić, podnosząc ku górze kiszkę ślepą; obraz ich będzie naturalnie także zależny od stanu wypełnienia kiszki ślepej i kiszki grubej czy to treścią kałową czy gazami. Fałdy te wszystkie nazwać ogólnie możemy »plicae ex adhaesione et tractione«.

W osobnej pracy [7]) zastanawiałem się nad morfologicznem znaczeniem t. n. »ligamentum appendiculo-ovaricum (Clado),« w której stwierdziłem, że, jeśli kiszka ślepa i wyrostek robaczkowy lub jego tylny fałd naczyniowy (mesenteriolum) przyklei się do tylnej ściany brzusznej wcześnie, gdy jeszcze istnieje i w tem właśnie miejscu, gdzie przebiega fałd otrzewnej, tworzący pozostałość fałdu przeponowo-pranerczowego (rudimentum plicae phrenico-mesonephricae), możemy u zarodków żeńskich otrzymać obraz fałdu, łączącego kątnicę lub wyrostek robaczkowy z więzadłem wieszadłowem jajnika (ligamentum suspensorium ovarii), i że czasem i u nowonarodzonych dzieci, a nawet u dorosłych kobiet taki fałd spotykamy. Analogiczny fałd u zarodków męskich tworzy t. zw. »plica genito-enterica« Treitza, która ku dołowi gubi się w krezce najądrza, ale w miarę, jak jądra zstępują przez kanał pachwinowy do worka mosznowego, zupełnie się zaciera.

W wyżej przytoczonej pracy analizowałem dokładniej stosunki płodowe, tyczące się związku przewodu pokarmowego z otrzewną narządu płciowego, stosunki tyczące się przebiegu naczyń jajnikowych wzgl. nasiennych i rozpatrywałem różne zapatrywania, jakie mamy w obszernej pod tym względem literaturze, tak że na uwagi tam zawarte niechaj mi wolno się będzie powołać.

---

[7]) T. n. Ligamentum appendiculo-ovaricum (Clado). Przegląd lekarski 1910.

Z zakładu anatomii patolog. Uniwers. Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor: Prof. Dr Browicz).

Z kazuistyki zmian anatomo-patologicznych w przysadce mózgowej

podał
L. K. Gliński.

W toku swoich badań nad zachowaniem się przysadki mózgowej w warunkach zwykłych i w związku z ciążą miałem niejednokrotnie sposobność spostrzegać w niej zmiany patologiczne. Parę tego rodzaju rzadszych przypadków pozwalam sobie tutaj w krótkości przytoczyć, w pierwszym rzędzie ze względu na rzadkość takich spostrzeżeń w piśmiennictwie wszechświatowem*) wogóle i brak ich zupełny (o ile mi wiadomo) w piśmiennictwie naszem rodzimem.

G r u ź l i c a p r z y s a d k i. W przypadku pierwszym, dotyczącym 10-letniej dziewczynki, zmarłej na gruźlicę prosówkową ogólną z gruźliczem zapaleniem opon głównie na podstawie mózgu, już przy wyjmowaniu przysadki zwróciło moją uwagę zgrubienie i więcej żółtawe zabarwienie jej torebki, pokrywającej górną i boczną część przysadki. Badanie mikroskopowe stwierdziło w tych miejscach znaczny rozrost z następowem serowaceniem tkanki gruźliczej, częściowo ograniczający się tylko do powierzchownych warstw torebki, częściowo jednak zajmujący również i warstwy głębsze, a nawet (od strony górnej powierzchni) miejscami wnikający w miąższ części gruczołowej i zastępujący właściwe tej części utkanie. Prócz tego w tymże przypadku stwierdziłem mikroskopowo w głębi części gruczołowej obecność paru gruzełków, usadowionych zdaleka od nacieku obwodowego. Znalezione obrazy mikroskopowe przemawiały za tem, że sprawa gruźlicza w przysadce rozwija się w tym przypadku w dwojaki sposób: w częściach obwodowych powstała ona skutkiem bezpośredniego przejścia z przyległych gruźliczo zmienionych opon miękkich, w częściach głębokich była ona natomiast wyrazem ogólnej gruźlicy prosówkowej.

Z m i a n y r o p n e w przysadce spostrzegałem w dwu przypadkach. W przypadku pierwszym 6-letnia dziewczynka zmarła na nagminne ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Badanie pośmiertne stwierdziło obraz rozlanego zapalenia ropnego opon, przyczem rozległe nacieki ropne stwierdzono zarówno na sklepistości, jak i na podstawie mózgu. Przy badaniu mikroskopowem znalazłem również i w torebce przysadki częściowo więcej powierzchowne, częściowo głęboko wnikające nacieki ropne, które niewątpliwie rozwinęły się tutaj wskutek bezpośredniego zetknięcia z ropnie naciekłemi oponami miękkiemi na podstawie mózgu. W wielu miejscach naciek ropny z torebki przeszedł już na obwód części gruczołowej przysadki, wywołując tutaj zupełne zniszczenie i rozpad elementów gruczołowych.

*) Świeżo w ostatnim (grudniowym) zeszycie Archiwum Virchowa Heidkamp (Beitrag zur Tuberculose der Hypophyse. Virch. Arch. 1912 Bd. 210 H. 3) ogłasza szczegółowo nowy, dopiero dziewiąty z kolei przypadek gruźlicy przysadki, a dodać należy, że niektóre inne zmiany dotychczas były opisywane jeszcze znacznie rzadziej. (Dopisek autora).

Przypadek drugi dotyczył 40-letniej położnicy, zmarłej w 2 tygodnie po porodzie z powodu ogólnego zakażenia ropnego. Przy badaniu pośmiertnem stwierdzono obok innych zmian zapalenie brodawkowate zastawki dwudzielnej i liczne drobne ropnie przerzutowe, rozsiane wśród mięśnia sercowego i miąższu nerek. Przysadka makroskopowo miała zwykłe wejrzenie przysadki ciążowej, pod mikroskopem jednakże znalazłem w jej części nerwowej dość liczne drobne nacieki ropne, miejscami już z rozpłynięciem się tkanki i wytworzeniem drobnych ropni. Również i w części gruczołowej gdzieniegdzie w tkance śródmiąższowej widoczne były nieznaczne bardzo drobne nacieki ropne. W tym przypadku, w przeciwstawieniu do przypadku poprzedniego, zmiany ropne w przysadce rozwinęły się na tle ogólnego zakażenia ropnego, na tle ropnicy (pyaemia).

M a r t w i c a p r z y s a d k i. W tym kierunku rozporządzam dotychczas dwoma spostrzeżeniami. Jedno z nich dotyczyło 37-letniej kobiety, która zmarła w 9 dni po cięciu cesarskiem wśród objawów ogólnego zakażenia ropnego, co zresztą zostało potwierdzone przez badanie pośmiertne. Już przy oglądaniu gołem okiem przysadki na przekroju zwróciła moją uwagę w częściach bocznych przysadki gruczołowej obecność rozległych (zajmujących na przekroju przeszło połowę części gruczołowej), matowych, zbitszych od otoczenia, lekko żółtawych ognisk, przypominających najwięcej swem wejrzeniem zawały białe w innych narządach. Badanie mikroskopowe potwierdziło moje przypuszczenie: ogniska te okazały się ogniskami martwiczemi z rozpoczynającym się już rozrostem tkanki łącznej na ich obwodzie.

W przypadku drugim kobieta 33-letnia zmarła z powodu wady sercowej (głównie zwężenie ujścia żylnego lewego) w 6 tygodni po poronieniu w 6. miesiącu księżycowym. W przysadce na przekroju również już gołem okiem stwierdziłem obecność rozległych ognisk, podobnych i podobnie usadowionych, jak w poprzednim przypadku, może tylko mniej ściśle odgraniczonych od otoczenia i więcej różowawych w częściach obwodowych. W obrazach mikroskopowych i tutaj widoczna była rozległa martwica części gruczołowej przysadki, przyczem następowy rozrost tkanki łącznej był w tym przypadku już znacznie rozleglejszy, niż w przypadku poprzednim.

Co się tyczy pochodzenia tych zmian martwiczych w przysadce, to niewątpliwie rozwinąć się one tutaj musiały w związku ze zmianami (zakrzepami, względnie zatorami) w zaopatrujących przysadkę gałązkach tętniczych. Za tem przypuszczeniem między innemi przemawia i ta okoliczność, że w jednym z tych przypadków była wada sercowa, w drugim — ogólne zakażenie ropne; niestety, nie będąc przygotowanym na tego rodzaju zmiany, nie zwróciłem przy wyjmowaniu przysadki dostatecznej uwagi na zaopatrujące przysadkę naczynia krwionośne.

Winienem nadmienić, że oprócz przytoczonych spostrzeżeń miałem sposobność w toku swoich badań widywać niejednokrotnie w przysadce mózgowej również i inne zmiany, jak np. wybroczyny, zanik starczy przysadki, zanik przedwczesny ze znacznym rozlanym rozrostem tkanki łącznej w części gruczołowej przysadki (u 26-letniej dziewczyny z chorobą Basedowa) i t. d. Już jednakże tych kilka przykładów wystarcza do stwierdzenia, że mimo swego ukrytego położenia przysadka mózgowa (zarówno jej część

nerwowa, jak i gruczołowa), wcale pospolicie ulega różnorodnym sprawom patologicznym; sprawy te, podobnie jak i w innych narządach, mogą być tutaj wyrazem już to samoistnego schorzenia przysadki, już też wyrazem ogólnego schorzenia ustroju lub spraw przerzutowych z innych miejsc tego ustroju, już wreszcie mogą się one rozwijać w związku ze sprawami, toczącemi się w sąsiedztwie lub w blizkiem otoczeniu przysadki. Częstość tych różnorodnych spraw patologicznych w przysadce mózgowej powinna nas skłaniać do zwracania przy badaniach pośmiertnych baczniejszej uwagi na jej zachowanie się, zwłaszcza że badania nowszych czasów przemawiają za tem, iż przysadka w ustroju ludzkim wbrew dawniejszym zapatrywaniom odgrywa bądź co bądź bardzo ważną rolę. Badania takie, połączone z dokładną obserwacyą kliniczną i krytyczną analizą odpowiednich przypadków, niewątpliwie dostarczą nam z czasem wielce ważnych szczegółów, dotyczących fizyologii i znaczenia przysadki, zwłaszcza że zachodzące tutaj zmiany (jak np. w dwu opisanych przypadkach martwicy) niejednokrotnie dochodzić mogą bardzo znacznych rozmiarów i przez to powodować zniesienie lub przynajmniej znaczne upośledzenie czynności przysadki.

Dodam, że właśnie obydwa tutaj opisane przypadki rozległej martwicy przysadki dotyczyły kobiet po porodzie lub po poronieniu, a charakter tych zmian wskazywał, że rozwinąć się one musiały już przed pewnym czasem, najprawdopodobniej jeszcze przed porodem. Z badań zaś różnych autorów, zwłaszcza Erdheima i Stummego [1]), a co potwierdzają również i moje badania [2]), wynika, że przysadka mózgowa w związku z ciążą ulega charakterystycznym zmianom, które dochodzą szczytu na szczycie ciąży — w okresie porodu — poczem ustępują; — szczegół, zdający się przemawiać za tem, że zachodzące w przysadce zmiany odgrywać muszą i to najprawdopodobniej nawet ważną rolę w akcie porodowym. Jeżeli w tych warunkach w przysadce zajdą rozległe zmiany, znoszące lub znaczniej upośledzające jej czynność, to zjawisko to oczywiście odbić się będzie musiało niekorzystnie na akcie porodowym.

Z przytoczonych względów może nie bez korzyści będzie tych kilka spostrzeżeń kazuistycznych i tych kilka uwag, które pozwoliłem sobie tutaj w krótkości przytoczyć, a które nasunęły mi się w toku moich badań nad przysadką mózgową.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Odwrotny układ wnętrzności.

(Situs viscerum inversus completus).

Opisał

Antoni Krokiewicz.

Wady utworowe spowodowane są zawsze przez nieprawidłowości w kształtowaniu się jaja płodowego i wytwarzają się: 1) przez zahamowanie całkowite lub częściowe rozwoju pojedynczych narządów (per defectum), 2) przez nadmierny rozwój tychże (per excessum), 3) przez pomieszanie płci t. j. obojnactwo (hermaphroditismus) i 4) przez zmiany w ułożeniu trzew klatki piersiowej i jamy brzusznej (per fabricam alienam). Wady utworowe, polegające na nieprawidłowem ułożeniu trzew w ten sposób, że prawostronne narządy zajmują miejsce lewostronnych i odwrotnie — przez co otrzymujemy obraz jakby prawidłowego ułożenia spostrzegany w zwierciedle — nie pociągają zazwyczaj żadnych szkodliwych następstw w późniejszem życiu pozapłodowem i częstokroć uchodzą świadomości odnośnego osobnika. Układ odwrotny może być zupełny, jeśli się to odnosi do wszystkich wnętrzności tak klatki piersiowej, jak i jamy brzusznej, lub też częściowy, jeśli dotyczy tylko jednego narządu.

Pierwszy przypadek ułożenia odwrotnego wnętrzności u człowieka spostrzegł w r. 1643 Marcelus Leccius, a opisał go Panarola w r. 1654. Według statystyki Sorgego, obejmującej okres czasu od r. 1640—1906, znanych jest wogóle 215 przypadków ułożenia odwrotnego trzew u ludzi. W piśmiennictwie polskiem przypadki takie opisali: Oettinger, Jakubowski, Neugebauer, Wilczewski, Ruppert i Kaczyński.

W r. 1912 miałem sposobność spostrzegać na moim oddziale odwrotne ułożenie wnętrzności zupełne, t. j. w klatce piersiowej i jamie brzusznej u dorosłego mężczyzny, u którego rozpoznanie tego zboczenia mogło być uczynione za życia z całą ścisłością przez zastosowanie prześwietlania promieniami Röntgena.

F. T., lat 25 liczący, pomocnik murarski w Krakowie, zgłosił się do szpitala 15. X. 1912 z powodu uporczywego kaszlu i duszności. Według wywiadów przebył zapalenie płuc w 8. roku życia; później był zdrów i pracował ciężko jako pomocnik murarski. Dopiero od roku doznaje od czasu do czasu uporczywego suchego kaszlu i duszności. Ojciec umarł na chorobę nerek; matka żyje i jest zdrowa. Jedna siostra zmarła w 26. roku życia na gruźlicę opon mózgowych.

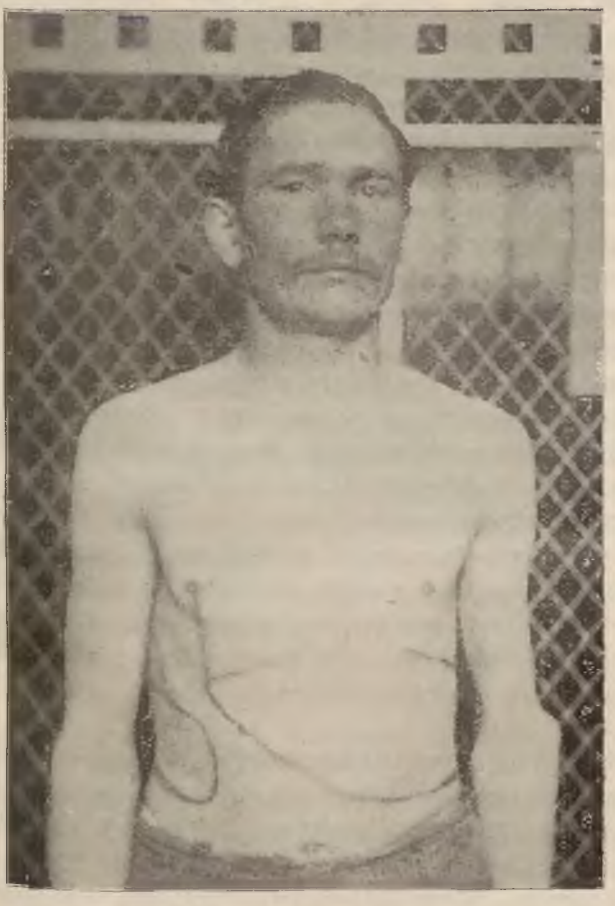
Badanie chorego w dniu 16. X. 1912 wykazało, co następuje: Osobnik wzrostu średniego (152 cm.), miernie odżywiony; budowa ciała dość silna. Skóra na twarzy blado różowa z odcieniem nieco sinawym. Mięśnie prawidłowo rozwinięte prócz mięśni na ramieniu lewem, gdzie okazują mierny zanik. Staw łokciowy lewy nieznacznie zniekształtniony wskutek blizny kostnej nad wyrostkiem łokciowym, ruchomość jego nieco upośledzona, zresztą wszystkie inne stawy, jak i kościec, zmian nie okazują. Szyja prawidłowych rozmiarów; obwód szyi wynosi 35·5 cm.; gruczoły karkowe nie powiększone. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Obwód jej na wysokości brodawek przy najgłębszym wdechu wynosi 82·5 cm., a przy najgłębszym wydechu 80·5 cm. Przy oglądaniu klatki piersiowej widoczne uderzenie koniuszkowe serca w 5. prawem międzyżebrzu w linii sutkowej. Wymiary serca na poprzek powiększone. Stłumienie serca rozpoczyna się na 4. prawem żebrze i dochodzi na lewo do środkowej linii mostkowej. Nad koniuszkiem serca wyraźny szmer skurczowy i przedskurczowy, który udziela się ku podstawie serca; drugi ton nad ujściami tętniczemi silniej zaakcentowany; zresztą tony serca dość głuche. Tętno prawidłowo napięte, regularne; 80 na minutę. Parcie 125 mm. Hg. (Riva Rocci).

Dolna granica płuca po stronie prawej z przodu sięga w linii sutkowej do 4. żebra, po lewej do 6. żebra; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej do dolnego brzegu

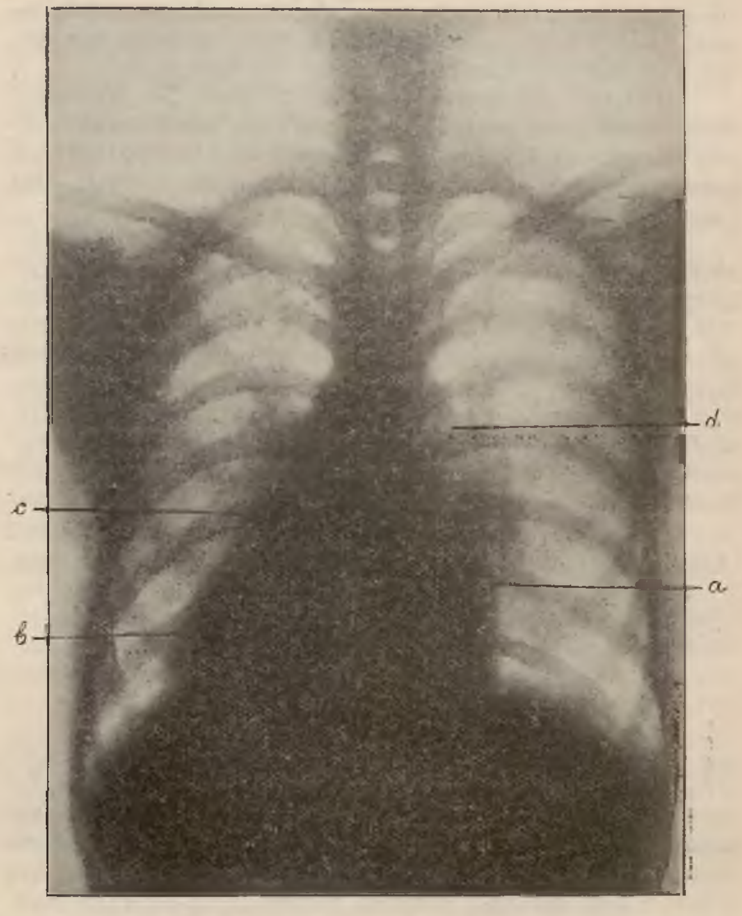
---

[1]) Erdheim u. Stumme. Ueber die Schwangerschaftsveränderung der Hypophyse. Zieglers Beiträge Bd. 46 H. 1. 1909.

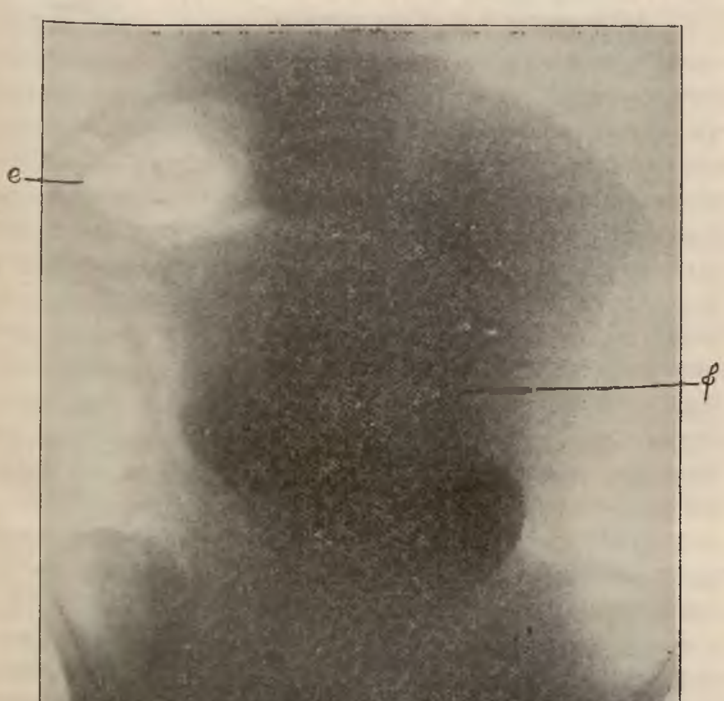
[2]) Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności. Wykład w Tow. lek. krakowskiem w d. 27. XI. 1912 (będzie wkrótce ogłoszony drukiem w Nowinach lekarskich).



Tabl. 1.



Tabl. 2.



Tabl. 3.



Tabl. 4.

10. żebra; wszędzie ruchome. Odgłos opukowy tamże jawny, szmery oddechowe zaostrzone, skąpymi świstami i furczeniami pokryte. Liczba oddechów na minutę 20.

Badanie wziernikiem wykazało (Prof. Dr Nowotny) rozszerzenie klina podziałowego tchawicy, przekrwienie wejścia do oskrzeli i klina, przebieg oskrzela lewego bardziej prostopadły, niż w warunkach prawidłowych. Światła obu oskrzeli nie przedstawiają zboczeń.

Brzuch miernie wysklepiony, zwłaszcza w podżebrzu lewem. Ułożenie trzew jamy brzusznej nieprawidłowe. W podżebrzu prawem wyczuwalny przy oddychaniu guz, o brzegu dolnym zaokrąglonym, dość twardym. Guz ten, odpowiadający śledzionie, sięga w linii pachowej przedniej prawej od brzegu 7. żebra dolnego do 11. żebra w kierunku podłużnym, a na lewo w linii sutkowej prawej 2 cm. po za łuk żebrowy. W podżebrzu lewem stłumienie odpowiada wątrobie. Górna granica stłumienia wątrobowego w linii sutkowej lewej na 6. żebrze, w linii pachowej środkowej na 8. żebrze, a w linii przykręgowej na 10. żebrze. Dolny brzeg wątroby jest zaokrąglony, dość jędrny, sięga w linii pachowej przedniej lewej i sutkowej do łuku żebrowego i podąża na prawo do 6. żebra, a raczej do uderzenia koniuszkowego serca, przecinając linię białą w pośrodku między pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym mostka. Powierzchnia wątroby gładka. (Tabl. 1).

Prześwietlanie promieniami Röntgena klatki piersiowej i jamy brzusznej, dokonane w pracowni rentgenologicznej krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie, zostającej pod kierunkiem Dr Korabczyńskiej, potwierdziło wynik badania fizycznego, a zarazem uzupełniło obraz topograficzny trzew w jamie brzusznej, gdyż wykazało, że dno żołądka, a tem samem i żołądek, tudzież pętla esowata znajdują się po stronie prawej, przyczem zgięcie śledzionowe okrężnicy umieszczone jest wysoko w podżebrzu prawem, znacznie niżej zgięcie wątrobowe okrężnicy w podżebrzu lewem, a okrężnica poprzeczna przebiega łukowato; również jelito ślepe schodzi nizko w okolicę talerza biodrowego lewego. (Tabl. 3 i 4).

Prześwietlaniem promieniami Röntgena można zarazem stwierdzić, iż ułożenie głównych pni naczyniowych jest prawidłowe, gdyż cień tętniący, właściwy tętnieniu aorty, przypada odpowiednio do zmienionych warunków przemieszczenia i ułożenia odwrotnego serca [1]).

Jądro prawe leży niżej, niż lewe. Narząd moczowopłciowy bez zmian. Badanie moczu, dokonane w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego, ważniejszych zmian nie wykazało. Narząd nerwowy prawidłowy. Chory wszystkie czynności wykonuje ręką prawą, a nie lewą. Apetyt i sen dobry; codzienne wypróżnienie stolcowe. Chory po kilku dniach wypoczynku utracił kaszel i duszność odzyskał zabarwienie prawidłowe skóry i nie odczuwał żadnych dolegliwości.

---

[1]) Zdjęcie klatki piersiowej i żołądka wykonano w »positio postero-anterior«, zdjęcie jelit w pozycyi leżącej (antero-posterior), klatki piersiowej przez telerentgenogram. Zdjęcie wykonywano z emulsyą wzmacniającą; nie retuszowano.

Tabl. 2. Serce o rozmiarze poprzecznym (Transversaldimension) 13 cm. zamiast 11 cm.; komórka prawa wypuklona (a) i silnie tętniąca; nad komórką lewą (b) silnie tętniący łuk przedsionka lewego (c). Tętnica wstępująca wyraźniej występuje przy ułożenlu II. skośnem (tył prawa, przód lewa), niż skośnem I. (tył lewa, przód prawa). Cień nietętniący (d) pochodzi prawdopodobnie od powiększonych gruczołów oskrzelowych.

Tabl. 3. Dno żołądka z banią gazową (e), bulbus duodenalis (f). Żołądek wypełniony papką siarkanu barowego.

Tabl. 4. Zgięcie śledzionowe wysoko pomieszczone (g); znacznie niżej zgięcie wątrobowe (i); okrężnica poprzeczna przebiega łukowato; jelito ślepe schodzi nizko (h); pętla esowata przechodzi na prawo. Jelita wypełnione przez odbytnicę zawiesiną siarkanu barowego (160 gr. zawiesiny).

Jak widzimy, przypadek powyższy przedstawia niezwykłą wadę utworową, polegającą na zupełnem odwrotnem ułożeniu trzew w klatce piersiowej i jamie brzusznej. Zaznaczyć należy, iż chory dożył 25. roku życia i pomimo ciężkiej pracy zawodowej, jako pomocnik murarski, nie doznawał przez długi czas żadnych przypadłości. Dopiero od roku zaczął kaszleć i miał duszność wskutek poczynającej się niedomogi mięśnia sercowego, spowodowanej zaburzeniami w krążeniu w następstwie nabytej w życiu pozapłodowem wady zastawkowej (insufficientia valv. bicuspidalis c. stenosi ostii venosi sin.) Przypady te chorobowe rychło się wyrównały w czasie pobytu szpitalnego.

Za twierdzeniem, iż w przypadku powyższym wada zastawkowa sercowa rozwinęła się dopiero w życiu pozapłodowem wskutek przebytego zapalenia wsierdzia, a więc w sercu przemieszczonem i odwróconem, ale pierwotnie zdrowem, przemawia zupełnie prawidłowy rozwój fizyczny i umysłowy chorego i zupełna zdolność do ciężkiej pracy zawodowej, a brak znaczniejszej sinicy i zgrubień pałeczkowatych na palcach, rychłego nużenia się i t. p. znamion klinicznych, tak charakterystycznych dla wad utworowych serca.

Mechanizm powstawania układu odwrotnego wnętrzności nie jest dotychczas dostatecznie wyświetlony pomimo badań Baera, Remaka, Schultzego, Förstera i Virchowa, Rindfleischa, Daresta, Scheelego, Küchenmeistra, Martinottego, Lochtego. Wiele odnośnych teoryi nie wytrzymuje krytyki wobec dzisiejszego stanu embryologii.

Jak wiadomo, wytyczną co do prawidłowego ułożenia trzew stanowi okoliczność, że zarodek, zwrócony pierwotnie brzuszną powierzchnią do żółtka zarówno w lewej i prawej połowie, zaraz w bardzo początkowym okresie rozwoju wykonuje obrót i odtąd zwraca się do pęcherzyka żółtkowego już tylko lewą stroną. Jeśli ten obrót nastąpi we wprost przeciwnym kierunku, to wytwarza się układ odwrotny trzew, który ich czynności nie upośledza Najczęstszą też przyczyną powstawania układu odwrotnego trzew jest obecność płodów zdwojonych, gdy jeden z nich przy bocznem zetknięciu się powoduje obrót drugiego w kierunku wprost przeciwnym. W innych przypadkach przyczyna nieprawidłowego ułożenia trzew jest niewyjaśniona. Dareste wykazał, że czynnika rozstrzygającego o ułożeniu trzew w zarodku stanowczo należy dopatrywać się w wypuklaniu się worka sercowego na lewo lub na prawo (nieprawidłowo), co prawdopodobnie zależy od różnej wielkości obu pierwotnych odcinków serca. Dareste wywoływał u płodu kury odwrotny układ wnętrzności przez ogrzewanie jaja kurzego w wylęgarni w ten sposób, że jedną stronę zarodka (lewą) ogrzewał do ciepłoty 41°—42° C., a drugą stronę do 12°—16° C. Tłómaczy on otrzymany wynik tem, że wskutek ogrzania lewej strony, odpowiednia część pola naczyniowego tarczy zarodkowej (area vasculosa) rychlej się rozwinęła i unaczyniła, wskutek tego też zaczątek serca w postaci wydłużonego worka uległ wygięciu ku stronie lewej, ponieważ jego strona lewa szybciej rosła, a następnie wedle tych samych prawideł, jak w stosunkach prawidłowych, zwrócił się ku przeciwnej stronie. Pod wpływem narządu krążenia ułożyły się odwrotnie i inne narządy.

Baer, a za nim Bischoff twierdzi, że odwrotny układ

wnętrzności zależy od ułożenia zarodka w stosunku do pęcherzyka żółtkowego i omocznej (allantois). Przeciętnie w prawidłowych stosunkach z chwilą, kiedy omoczna wyrosła do pewnych rozmiarów, układa się ona po prawej stronie zarodka, a pęcherzyk żółtkowy, zmniejszający się powoli, po lewej, i układ taki ma wywoływać spiralny obrót zarodka około jego osi podłużnej, od którego ma znowu zależeć układ wnętrzności. Otóż w przypadkach ułożenia się pęcherzyka żółtkowego i omocznej po przeciwnych stronach, zmienia się i kierunek obrotu zarodka, a skutkiem tego i wnętrzności układają się odwrotnie. Obie te hipotezy, najbardziej rozpowszechnione, nie tłómaczą wystarczająco powstawania u ludzi układu odwrotnego całkowitego wnętrzności. Schmaus przychyla się do zapatrywania, iż przyczynę ułożenia odwrotnego trzew należy odnieść do czynnika mechanicznego, wywołującego silne skręcenie zarodka w pierwszych jego zawiązkach.

Sprawa powstawania układu odwrotnego wnętrzności zyskała w nowszych czasach, jak zwrócił mi na to uwagę Prof. Dr E. Godlewski, znacznie pewniejszy podkład w badaniach, przeprowadzonych w dziedzinie mechaniki rozwoju. Bodziec w tym kierunku dała praca Spemanna, który przeprowadził na zarodkach traszki (Triton taeniatus) i żab (Rana esculenta, Bombinator) swoje doświadczenia. Zasada doświadczeń Spemanna polegała na wycinaniu drobnych odcinków zarodka, odwracaniu ich o 90° lub 180° i przeszczepianiu napowrót w tem nowem ułożeniu w miejscu rany. Doświadczenia, które tą metodą robił Spemann co do przednich części ciała zarodkowego, które pozwoliły na sztuczne utworzenie zarodków o czterech oczach, tu nas nie interesują; natomiast ważne są dla nas wyniki Spemanna, odnoszące się do środkowej grzbietnej ściany zarodka. Okres płodowy był tu bardzo wczesny. Czasem jeszcze zawiązka rynienki nerwowej nie było, a jeśli była, to znajdowała się w stanie niezamkniętym. Otóż w tym okresie rozwojowym wycinał Spemann część płytki grzbietnej, zawierającą oprócz zawiązka ektodermalnego, leżącą pod nim płytkę mezo-entodermalną. Ten cały wycinek odwracał i wszczepiał napowrót w miejscu rany. We wszystkich tych przypadkach mógł Spemann stwierdzić w y w o ł a n i e s z t u c z n e układu odwrotnego wnętrzności.

W r. 1911 uczeń Spemanna, K. Pressler, wykonał pod jego kierunkiem szereg dalszych doświadczeń na żabach (Rana esculenta i Bombinator igneus) i na ich podstawie zwalcza twierdzenie, wypowiedziane przez Göttego, że ułożenie zarówno trzew brzusznych, jak też i serca, zależy od położenia zawiązka trzustki; natomiast utrzymuje, iż główną w tej sprawie rzeczą jest położenie płyty mezo-entodermalnej, która leży pod rynienką rdzenną. Wyniki doświadczeń Spemanna potwierdzają się tu więc w całej pełni. Po wycięciu, odwróceniu i wszczepieniu napowrót płyty mezo-entodermalnej w tych wczesnych okresach rozwojowych stwierdzał Pressler, że zawiązek wątroby odrazu się układał po lewej stronie, grzbietny i brzuszny zawiązek trzustki zlewały się z sobą po lewej stronie, a także przebieg jelita był odwrócony: jednem słowem cały układ wnętrzności był odwrócony i stanowił odbicie zwierciadlane położenia prawidłowego.

Było rzeczą bardzo charakterystyczną, że w większości przypadków wtedy, gdy następowało przemieszczenie trzew w obrębie jamy brzusznej, także i serce ulegało przemieszczeniu trzew na prawą stronę. Niepodobna przypuścić, ażeby sam zabieg operacyjny był przyczyną tego zjawiska. Zawiązek serca, elementa komórkowe, które go utworzą, zbyt są oddalone od pola operacyjnego, ażeby można bezpośrednie oddziaływanie przypuścić. W wytworzeniu się asymetryi położenia serca odgrywa według Presslera rolę asymetryczne położenie wątroby. Wytworzenie się też asymetryi serca odpowiada zupełnie co do czasu momentowi pierwszego wygięcia w obrębie zawiązka wątrobowego. Pośredniczy w tem dalej według Presslera słabszy rozwój zaciśniętej nieco żyły żółtkowej. Być może jednak, że te czynniki działają raczej kierująco, a że już w samym zawiązku serca istnieje dążność do utworzenia pewnej asymetryi.

Prace Spemanna i Presslera mają wielkie znaczenie. Po raz pierwszy udało się przez mechaniczne zabiegi wywołać układ odwrotny trzew, po raz pierwszy wykazano, że czynniki, wchodzące tu w grę, w bardzo wczesnych okresach działać muszą. Gdybyśmy chcieli choć w przybliżeniu oznaczyć u człowieka okres, w którym się te odmiany dokonują, to zdaniem Prof. Godlewskiego wypadłoby to mniej więcej na trzeci tydzień życia płodowego. Zarodki przez Speego opisywane mają właśnie niezamkniętą rynienkę rdzenną, a więc odpowiadałoby to w przybliżeniu okresowi, w którym swe doświadczenia wykonywali Spemann i Pressler.

Jakie u człowieka w rozwoju działają czynniki, trudno naturalnie rozstrzygnąć, bądź co bądź jednak z powyżej opisanych doświadczeń można przypuszczać, że chodzi tu o przemieszczenie płyty mezo-entodermalnej czynnikami mechanicznymi, przez co tworzy się p i e r w o t n i e układ odwrotny trzew w j a m i e b r z u s z n e j, a w t ó r n i e dopiero serca w k l a t c e p i e r s i o w e j.

Osobniki, dotknięte zupełnym odwrotnym układem wnętrzności są zazwyczaj zdrowe i zdolne do pracy zawodowej; mogą nawet pełnić służbę wojskową bez szkody (Becker), jeśli tony serca są czyste. Natomiast u ludzi, dotkniętych częściowym układem odwrotnym trzew, np. tylko samego serca (dextrocardia), zachodzi według Beckera przeciwwskazanie do pełnienia obowiązków wojskowych.

Piśmiennictwo.

1) Baer: Über Entwickelungsgeschichte der Tiere. Königsberg 1828. — 2) Remak: Untersuchungen über die Entwicklung der Wirbeltiere. — 3) Schultze: Virchows Archiv. Bd. VII. i Bd. XXII. — 4) Virchow: Virchows Archiv Bd. XXII. 1861. — 5) Oettinger: Przewrotny układ wnętrzności. Przegląd lek. 1862. — 6) Förster: Die Missbildungen des Menschen. Jena 1865. — 7) Jakubowski: Przewrotny układ wnętrzności. Przegląd lek. 1866. — 8) Rindfleisch: Lehrbuch der patholog. Gewebelehre. Leipzig 1871. — 9) Dareste: Productions des monstruosités. Paris 1877. — 10) Neugebauer: Przewrotny układ wnętrzności. Gazeta lek. Tom. III. — 11) Scheele: Zwei Fälle von vollständigem Situs viscerum inversus. Berl. klin. Woch. 1875 Nr 29, 30. — 12) Wilczewski: Przewrotny układ wnętrzności. Gazeta lek. 1878. — 13) Ruppert: Przewrotny układ wnętrzności. Gazeta lek. 1883. — 14) Küchenmeister: Die angeborene vollständige seitliche Verlagerung der Eingeweide des Menschen. Leipzig 1888. — 15) Poselt: Zur Kasuistik des Situs viscerum inversus. Deutsches Archiv. f. klin. Med. T. 56. — 16) Martinotti: Della transpositione laterale dei visceri. Bologna 1888. — 17) Hertwig O.: Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte. 1893. — 18) Galinsky: Ein Fall von Situs viscerum transversus. Inaugur. Disseration 1894. — 19) Lochte: Ein Fall von Doppelmissbildung nebst einem Beitrag zur Lehre vom Situs transversus. Beitrag zur Kenntniss des Situs transversus partialis und der angeborenen Dextrocardie. Zieglers Beitrage. Bd

XVI. 1894. — 20) Kaczyński: Odwrotny układ wnętrzności z rzadką nieprawidłowością w narządach krążenia. Przegląd lek. 1897. — 21) Benda: Berl. klin. Woch. 1905. — 22) Sorge: Kasuistischer Beitrag zur Kenntniss des Situs viscerum inversus 1906. — 23) Becker: Ein Fall von Situs viscerum totalis. Deutsche militärärzt. Zeitsch. 1908. — 24) Smirnow: Ein Fall von vollständiger seitlichen Verlagerung der Eingeweide. Berl. klin. Woch. 1908. — 25) Spemann H: Über eine neue Methode der embryonalen Transplantation. Verh. der deutsch. zool. Gesellschaft. 1906. — 26) Pressler K.: Beobachtungen und Versuche über den normalen und inversen Situs viscerum cordis bei Anurenlarven. Arch. f. Entwickelungsmech. Bd. 32 1911.

Przypadek dotyczący dziecka karmionego piersią macierzystą z oznaczaniem przyjmowanego pokarmu aż do czasu odstawiania.

Podał

Ksawery Lewkowicz.

Podstawą do rozpatrywania stosunków patologicznych, tak zawiłych przy zaburzeniach odżywiania u niemowląt, i głębszego wniknięcia w te sprawy, musi być dokładne poznanie fizyologicznych warunków odżywiania. Konieczne są do tego spostrzeżenia, prowadzone przez cały okres karmienia aż do początku odstawiania od piersi, lub aż do zupełnego odstawienia, z dokładnem zestawieniem wszelkich wchodzących w rachubę szczegółów. Tego rodzaju spostrzeżeń mamy dotąd niewiele. I tak Czerny i Keller zebrali z literatury do r. 1901 w swym podręczniku [1]) takich pełnych obserwacyi, o ile chodzi o dzieci chowane w domu rodzicielskim, tylko siedem: 1 przypadek Ahlfelda, 3 przypadki Feera i 3 przypadki Hähnera. Wszystkie te spostrzeżenia są tam wyczerpująco przedstawione. Z późniejszego piśmiennictwa wymienić należy: 1 przypadek Nordheima [2]) 2 przypadki Beuthnera [3]), dwa Paffenholtza [4]), dwa Seltera [5]), jeden Würtza [6]), jeden Biermera [7]) i jeden podany przez Boissonnas [8]). Razem zatem 17 przypadków. Poza tem w podręczniku Czernego i Kellera, jakoteż w podręczniku Finkelsteina [9]) znajdujemy wiadomości o spostrzeżeniach, także nie zbyt licznych i stanowiących do pewnego stopnia odrębną kategoryę, pochodzących z zakładów dla osesków.

Materyał ten pozwolił zoryentować się w stosunkach fizyologicznych karmienia, a przedewszystkiem był podstawą do określenia średniego zapotrzebowania pokarmu przez niemowlę. Z tego jednak jeszcze nie wynika, żeby zbieranie dalszego materyału było zbyteczne. Musimy się przecież liczyć z możliwością różnych właściwości indywidualnych u karmicielki, a w wyższym jeszcze stopniu z pewnemi odchyleniami od średniej u dziecka karmionego, co sprawia, że każde takie spostrzeżenie ma pewne szczególne zabarwienie nawet wtedy, gdy chodzi o osobniki, które można uważać za prawidłowe. Uwydatni się to w jeszcze wyższej mierze, jeżeli na sprawie odżywiania odbiją się pewne własności konstytucyonalne i doprowadzą do stanów, które leżą już na granicy patologii, lub też w jej zakres wkraczają. Zapoznanie się z tymi stanami i ich właściwa ocena mogą być osiągnięte jedynie na podstawie dokładnych i odpowiednio długo prowadzonych spostrzeżeń.

To wszystko skłoniło mnie do przeprowadzenia spostrzeżenia u mojego synka, a to tem więcej, że literatura polska dotąd żadnego podobnego spostrzeżenia nie posiada. Trud, jakiego wymaga taka obserwacya, jest niemały; dość powiedzieć, że w czasie 232 dni ściślejszego spostrzeżenia trzeba było wykonać 3351 ważeń i to w warunkach niejednokrotnie niezbyt zachęcających. Przeważną część tego trudu musiała objąć oczywiście matka.

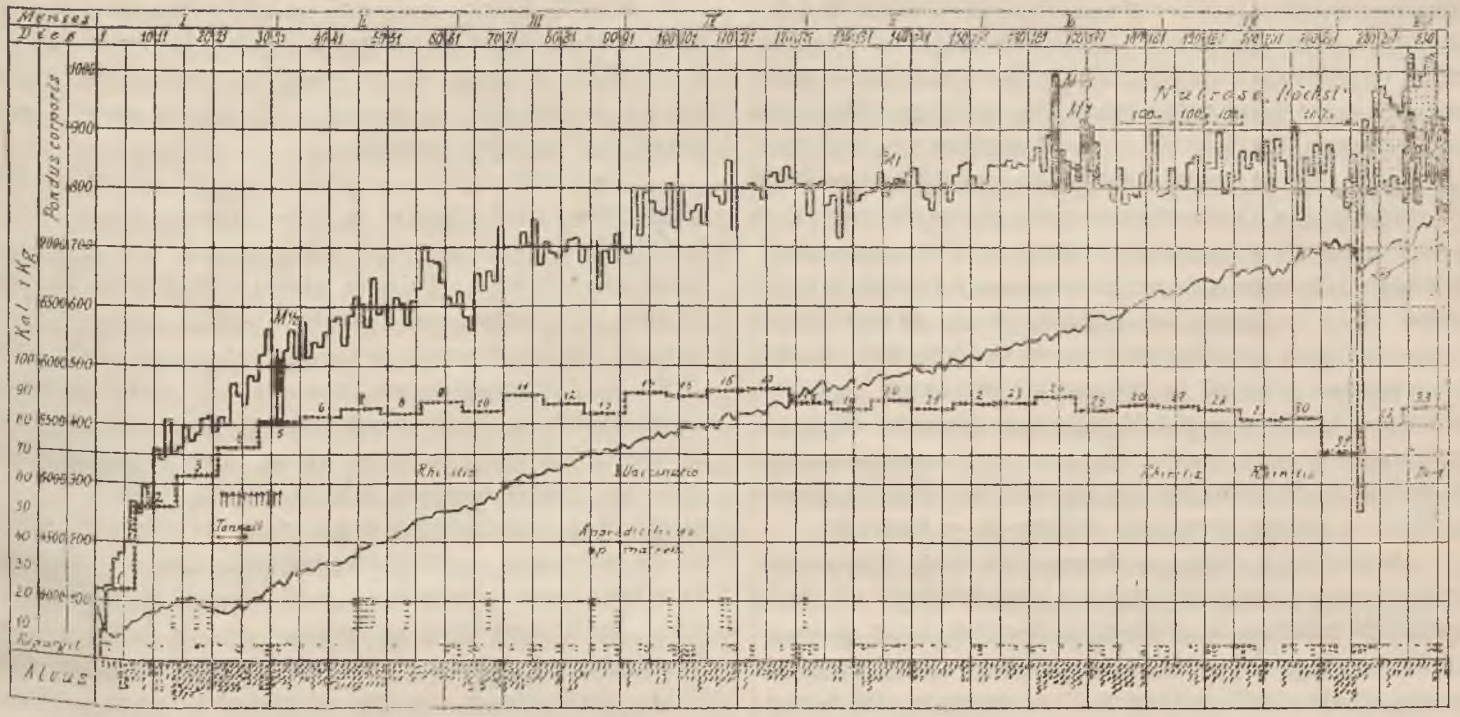
Chłopiec urodził się 21. XII. 11. o godz. 3 rano, jako dziecko donoszone, pierworodne. Ciężar ciała wynosił 3940 gr. długość 53 cm. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych nieprawidłowości, tylko śledziona była macalna tuż pod łukiem. Dziecko było dobrze odżywione i silne, gdyż już w pierwszych tygodniach trzymało nieźle główkę. Żółtaczka się nie pojawiła.

Przebieg sprawy karmienia przedstawiony jest graficznie na załączonej tablicy.

Dziecko przykładane było do piersi zazwyczaj 5 razy na dobę. W nocy miało przerwę około 8-godzinną i było umieszczone od początku w osobnym pokoju. Z małymi wyjątkami spało dobrze; także we dnie sen był dostateczny. Podawano początkowo przy karmieniu jedną pierś i trzymano przy niej dziecko około 20 minut. Gdy to okazało się niewystarczającem, zaczęto od 6. dnia podawać każdorazowo obie piersi; karmienie trwało wtedy 20—30 minut. Tylko wyjątkowo liczba karmień była inna, niż pięć; karmienia w tych dniach oznaczone są na tablicy poziomemi kreskami. W pierwszym dniu dziecko było przykładane cztery razy, ale nic nie otrzymało z piersi. W dniu drugim wyssało $2 + 4 + 10 + 10 + 23 = 49$ gr. Oprócz piersi dziecko nic nie dostawało.

Jak z krzywej pokarmu można odczytać, ilości otrzymywane przez dziecko z piersi były nizkie i wzrastały bardzo powoli. Wobec rozwoju dziecka i sił więcej niż średnich odnosiłem to początkowo do opornego funkcyonowania piersi. Przez zastosowanie jednak z początkiem 4. tygodnia pompki Jaschkego i Scherbaka przekonałem się, że piersi nie są dokładnie opróżniane, a co za tem idzie, nie są dostatecznie do zwiększenia czynności pobudzane. Najdowodniej okazało się to 32. dnia, kiedy celem otrzymania pokarmu do badania chemicznego wypompowałem piersi rano w zastępstwie pierwszego karmienia. Otrzymałem z łatwością z każdej piersi 102 gr., razem 204. gr., dziecko natomiast wydobywało przy pierwszem ssaniu z obu piersi w 3. tygodniu, tj. przed zastosowaniem pompki, średnio 125, a najwyżej 147 gr. Ilości te zresztą po zaprzestaniu pompowania z dniem 32, opadły znowu między dniem 33—39, do średniej 114, a najwyższej 127 gr. Do ilości około 200 gr przy pierwszem rannem ssaniu doszło dziecko dopiero w dniach 57, 70 i 76, mianowicie wyssało wtedy 198, 211 i 201 gr. Zatem, przynajmniej przy pierwszem rannem ssaniu, kiedy

1) Des Kindes Ernährung etc. 1906. tom I. str. 362.
2) Jahrb. f. Kinderh. tom 56. str. 86. 1902.
3) Tamże str. 446.
4) Arch. f. Kinderh. tom 37. str. 104. 1903.
5) Tamże str. 91.
6) Jahrb. f. Kinderh. tom 58. str. 528. 1903.
7) Arch. f. Kinderh. tom 47. str. 68. 1907.
8) Archives de méd. d. enf. tom 11. str. 312. 1908.
9) Lehrbuch d. Säuglingskrankheiten 1905. część I. str. 52.



Objaśnienie tablicy.

Linia łamana pod kątami prostymi przedstawia ilość przyjmowanego pokarmu. Pole białe oznacza pokarm z piersi, pole kreskowane pionowo mleko krowie, mianowicie z oznaczeniem M1/2 mleko rozcieńczone do połowy wodą z cukrem mlecznym, z oznaczeniem M , mleko rozcieńczone do 2/3, z oznaczeniem M1 mleko pełne. Pole kropkowane oznacza kaszki na wodzie lub rosole.

Linia łamana pod kątami zmiennymi oznacza ciężar ciała.

Linia paciorkowata oznacza dla poszczególnych tygodni współczynnik energijny, tj. ilość dowiezionych kaloryi na 1 kg. wagi ciała.

W dolnej rubryce poziomej oznaczone są stolce. Stolce prawidłowej konsystencyi oznaczone są kreskami pionowemi lub lekko nachylonemi, stolce konsystencyi mniejszej kreskami więcej nachylonemi, stolce wodniste kreskami poziomemi lub zbliżonemi do poziomych. Załamania na jednym końcu kreski, lub na obu oznaczają, że stolec był mniej lub więcej zwarzony, przekreślenie w środku kreski, że zawierał śluz. Stolce smołkowe oznaczone są literą S.

Ponad tą rubryką oznaczone są zwracania, V oznacza zwracanie skąpe, ◇ obfitsze.

Powyżej kreskami poziomemi oznaczona jest ilość karmień w tych dniach, w których karmień było albo więcej albo mniej niż pięć.

Strzałki nad napisem tannalbiny oznaczają dni, w których wykonywano pompowanie piersi.

po 8-godzinnej przerwie pokarmu w piersiach było więcej, piersi stanowczo nie były w zupełności opróżniane. Przeciwnie opróżnianie przy czterech pozostałych karmieniach było znacznie dokładniejsze tak, że zapomocą pompki można było otrzymać zwykle zaledwie kilka, rzadziej 11—19 gramów. Dziecko otrzymywało też mimo krótszych przerw dziennych między karmieniami ilości niewiele mniejsze, a przy niektórych karmieniach czasem nawet większe, niż przy pierwszem ssaniu.

Do zastosowania pompki skłoniła mnie ta okoliczność że ilości pokarmu w 3. tygodniu wcale się nie podnosiły, wahały się około 400 gr., zatem na poziomie zupełnie nie wystarczającym, co odbiło się też na ciężarze ciała ujemnie. Pompkę stosowano przez 11 dni od 22—32. dnia 2—3 razy dziennie, a pokarm wypompowany podawano z reguły dziecku. Wpływ pompowania na produkcyę pokarmu był bardzo wybitny. Ilość pokarmu wzniosła się szybko z 400 na pięćset kilkadziesiąt gr., a ciężar ciała zaczął się znowu podnosić. Mimo to, że pompowania następnie zaniechano, i mimo, że piersi, szczególnie przy pierwszem ssaniu, znów były niedostatecznie opróżniane, ilości ogólne dzienne podnosiły się w dalszym ciągu, chociaż już nie tak stromo, a przyrost ciała odbywał się wprawdzie wolno, ale stale i z niezbyt wielkiemi wahaniami.

Ilości pokarmu, które dziecko otrzymywało początkowo z piersi, stały znacznie poniżej średnich, obliczonych ze znanych dotychczas spostrzeżeń. Z końcem pierwszego tygodnia [1]) dziecko dochodzi od 400—500 gr, z końcem pierwszego miesiąca do 600, w drugim miesiącu do 800, w trzecim do 900, w czwartym do 1000 gr, pokarmu, co przy zawartości 650 Kal w 1 litrze i uwzględnieniu prawidłowego przybywania na wadze daje współczynnik energijny Heubnera (ilość dowożonych kaloryi na 1 kg wagi ciała dziecka), wynoszący z końcem pierwszego tygodnia i w pierwszym miesiącu 100, w drugim, trzecim i czwartym miesiącu nawet 110, a w czasie następnym przy dalszym przyroście ciężaru ciała, a utrzymywaniu się dowozu na równi opadający do 100, następnie do 90 i 80 Kal. Jako ilość konieczną w pierwszych miesiącach do utrzymania ciężaru ciała na równi (Erhaltungsbedarf) uważa się 70 Kal. na 1 kg. Przyrost ciała może się odbywać tylko przy współczynniku wyższym.

W danym przypadku wartość użytkowa 1 litra mleka, obliczona na podstawie wyniku rozbioru chemicznego (p. n.), wynosiła 639,91 Kal. Współczynnik energijny wynosił, jak to jest dla poszczególnych tygodni zaznaczone na tablicy, w pierwszym tygodniu 24,10, w drugim 52·72, w dwóch pierwszych 38·68, z końcem pierwszego tygodnia 44·67 Kal. Dowóz energii był zatem w tym czasie zupełnie niewystarczający do przyrostu. Mimo to widzimy, że po pocza-

[1]) p. Finkelstein l. c. str. 20 i 53.

tkowem opadaniu ciężaru ciała, zawsze spostrzeganem u noworodków, ciężar ciała znowu się podnosi. Nie może tu chodzić o rzeczywisty przyrost ciała, tylko o odzyskanie wody utraconej przez noworodka skutkiem ogólnego zaburzenia poporodowego. Okazuje się to ze stosunków w 3. tygodniu: mimo podniesienia się współczynnika energijnego na 62·66 Kal. następuje opadanie ciężaru ciała, co można uważać za dowód, że nawet tego rodzaju dowóz jest zupełnie niewystarczający. Dopiero, gdy po zastosowaniu pompki w 4. tygodniu ilości pokarmu, mianowicie od 24 dnia podniosły się na 550 gr, a współczynnik przekroczył 73 Kal. (średnio w 4. tygodniu wynosił 72,22), ciężar ciała zaczął się znowu podnosić. Dowóz energii był jednak w stosunku do podanych średnich skąpy, wahał się w 2. i 3. miesiącu naokoło 85 Kal, w 4. podnosił do 90, a potem znów opadł poniżej 90 Kal., co zwykle następuje dopiero w 3. kwartale.

Wobec tego skąpego dowozu nie może być uderzającem, że także przyrost wagi był powolniejszy, niż bywa średnio. Wynosił on w pierwszym kwartale 1345 gr na 91 dni, tj. 14,78 gr dziennie (jako prawidłowy przyrost można przyjąć około 23 gr), w drugim 1319 gr na 92 dni, tj. 14·34 dziennie (zwykle około 18 gr), w trzecim do końca ścisłej obserwacyi 631 gr na 48 dni, dziennie średnio 13,15, coby już w zupełności odpowiadało stosunkom prawidłowym.

W 220. dniu rozpoczęło się powolne odstawianie dziecka przez ograniczenie karmień piersią do 4 razy, a wprowadzenie jednego karmienia tapioką, grysikiem lub kaszą owsianą Knorra na wodzie lub rosole, albo mlekiem. W dniu 233. wyjazd na wieś, co zmusiło do zakończenia ściślejszego spostrzeżenia. Od 245. dnia (początek 9. miesiąca) tylko 3 karmienia piersią, od 276. dnia (początek 10. miesiąca) 2 karmienia piersią, 293. dnia powrót do Krakowa, od 299. dnia tylko jedno karmienie piersią, od 306. dnia, t. j. ukończenia 10 miesięcy, zupełne odstawienie. Ilości, które dziecko dostawało z piersi po powrocie do Krakowa, wahały się przy jednem karmieniu między 233 a 140 gr i, mianowicie po zastosowaniu jednorazowego karmienia, miały skłonność do opadania.

Okres odstawiania zaznacza się szybkim przyrostem ciężaru ciała, przez co dziecko wyrównało w zupełności dawniejsze zaniedbania. Złożyły się zapewne na to różne czynniki. Przyrost w ciągu 2-miesięcznego pobytu na wsi wynosił 1295 gr, t. j. 21,2 dziennie. Także i późniejszy przyrost był zupełnie zadowalniający, wynosił 12,16 dziennie, przekraczając w ten sposób nieco średnią, wynoszącą w 4. kwartale 8 gr dziennie. Z końcem pierwszego roku życia, t. j. dnia 21. grudnia 1912 r. ważyło dziecko 9430 gr, okazywało zatem ciężar zupełnie prawidłowy; długość ciała wynosiła 74·5 cm.

Przybywaniu ciężaru ciała odpowiadało odżywienie. Dziecko jako noworodek było bardzo dobrze odżywione. W pierwszych 7 miesiącach odżywienie znacznie się pogorszyło, dziecko przychudło wyraźnie, a dopiero w późniejszych miesiącach odzyskało prawidłowe zaokrąglenie kształtów. Poza tem ogólny rozwój odbywał się prawidłowo. Siła mięśniowa wzrastała szybko. Dziecko zaczęło siadać w 5. miesiącu, mając $10^1/_2$ miesiąca zaczęło stawać na nóżki, podnosząc się wprost z podłogi bez trzymania się przedmiotów, mając $11^1/_2$ miesiąca rozpoczęło chodzić, t. j. robiło kilka kroków zupełnie samodzielnych.

Rozwój kośćca odbywał się także bez zarzutu. Dwa zęby sieczne dolne wewnętrzne wydobyły się w połowie 8. miesiąca, 4 górne w 10. miesiącu, dwa dolne zewnętrzne z początkiem 12. miesiąca. Podobnie rozwój inteligency: był zupełnie prawidłowy.

Odporność dziecka względem chorób zakaźnych była dostateczna, gdyż choroby te, które dziecko przebyło, nie były połączone z cięższemi zaburzeniami, ani poważniejszemi powikłaniami. Dziecko przebywało mianowicie trzykrotnie lekki nieżyt nosa i gardła. Ciepłota, mierzona w odbytnicy, nie przekraczała w czasie tych spraw nigdy 38·0°. Tylko za pierwszym razem (patrz tablica) odbił się nieżyt niekorzystnie na ilości przyjmowanego pokarmu. Przebieg sprawy szczepiennej zaznacza się na ilości pokarmu dodatnio. W drugim miesiącu pobytu na wsi przebyło dziecko nieżyt dróg oddechowych z gorączką do 38·8°, co odbiło się na wejrzeniu i odżywieniu wyraźnie ujemnie, ale mimo to w tym czasie przybywanie wagi okazuje najwyższe wartości. Ślady tego nieżytu utrzymywały się kilka tygodni. Z końcem 11. miesiąca przebyło wreszcie dziecko jakąś bliżej nieokreśloną chorobę gorączkową (grypę?), początkowo przy stanach podgorączkowych wysuwały się na pierwszy plan objawy okrężnicowe: stolce śluzowobłoniaste, potem śluzowe z żyłkami krwi (badanie co do prątków czerwonkowych z wynikiem ujemnym), później lekkie zajęcie nieżytowe nosa i gardła i wzniesienia ciepłoty do 39·9°. Choroba ta odbiła się na sile mięśniowej wybitnie niekorzystnie: dziecko przestało na jakiś czas samodzielnie stawać na nogach.

Pozostają jeszcze do omówienia objawy żołądkowe i jelitowe.

Jak na tablicy zaznaczono, dziecko tylko rzadko i za każdym razem tylko przez krótki czas oddawało stolce zupełnie prawidłowe i w ilości prawidłowej, w innych okresach stolce były liczne i nieprawidłowe. Ilość stolców wypadłaby w tych okresach jeszcze wyższą, gdyby się chciało jako osobne stolce zapisywać drobne popuszczenia przy oddawaniu gazów lub moczu. Szczególnie niekorzystnie przedstawiały się stolce w początkowych tygodniach, mianowicie w trzecim, właśnie wtedy, kiedy dowóz pokarmu był zupełnie niewystarczający.

U dziecka pojawiało się także od czasu do czasu zwracanie. Zwykle chodziło o bardzo małe ilości, wynoszące kilka gramów, rzadziej ilości, które można było ocenić na 10—30 gr. Pojawianie się zwracań i stolców dyspeptycznych nie zawsze szło ze sobą w parze. Zwracanie następowało z reguły przy gwałtowniejszych ruchach dziecka, lub pewnych położeniach, przy przechyleniu, trzymaniu głowy na dół, przy sadzaniu i t. p.; zawsze wkrótce po jedzeniu a tylko raz 88. dnia w 2 godziny po jedzeniu. Trzymanie smoczka przez dziecko zapobiegało do pewnego stopnia zwracaniom. Zwracanie było połączone oczywiście z pewnem obniżeniem ilości doprowadzonego pokarmu, co jednak nie mogło być w krzywej pokarmu ani w rachunkach uwzględnione, ale zresztą w znacznej mierze było wyrównane nieuwzględnieniem tej części pokarmu wyssanego, która równoważy wodę, utraconą przez oddychanie i przeziew skóry podczas ssania, a co przy karmieniach dość długo trwających mogło wynosić na jedno karmienie 2 do 3 gramów.

W związek z objawami dyspeptycznymi należy wprowadzić wahania ciężaru ciała, mianowicie nagłe wzniesienia i znaczne spadki tego rodzaju, jakich w idealnej krzywej ciężaru się nie widzi. Wreszcie i ciepłota ciała, o ile była mierzona, okazywała nieco znaczniejsze wahania, niż to bywa prawidłowo.

Przyczyna tych stanów niestrawności nie leżała prawdopodobnie w jakości pokarmu, gdyż pokarm miał skład prawidłowy. Nie można ich było odnieść do przekarmiania, ani do niedokarmiania, gdyż wprawdzie początkowo dziecko było niedokarmiane, później jednak dostawało ilości prawidłowe, a mimo to objawy niestrawności utrzymywały się. Przyczyna musiała zatem leżeć w konstytucyi dziecka, chociaż innych wybitnych objawów zboczeń konstytucyonalnych dziecko nie okazywało, nie było dziedzicznie obciążone, nie było zbytnio nerwowo-wrażliwe, nie okazywało objawów skazy wysiękowej, czy limfatyzmu, oprócz lekkiego powiększenia śledziony.

O niestrawności niemowląt karmionych piersią pisał przed 11 laty Raczyński [1]), jednakże przypuszczał w swych przypadkach, że początek dają jej błędy dyetetyczne. On to radził stosować leczniczo mleko krowie w ilości 2 razy po 100 gr lub nutrozę. Na znaczenie etyologiczne czynników konstytucyonalnych zwrócili uwagę Czerny i Keller, a niedawno znowu Finkelstein [2]).

W naszym przypadku podawanie tannalbiny nie wpłynęło na objawy niestrawności. Podobnie bez skutku było wprowadzenie mleka rozcieńczonego do $^{2}/_{3}$ i mleka pełnego, co prawda podanego w małych ilościach, wreszcie podawanie nutrozy. Dopiero zastosowanie dyety wodnej i olejku rącznikowego w dniu 217., a następnie wprowadzenie jednego pełnego karmienia sztucznego, mianowicie kaszek dość gęsto przygotowanych (1 łyżka płaska = 13 gr na jakie 160 gr rosołu lub wody) i większych ilości mleka pełnego sprawiło wybitną zmianę na lepsze, tak co do stolców, jak co do zwracań i przybywania ciężaru ciała.

W każdym razie należy stwierdzić, że dziecko także w okresie niestrawności wyzyskiwało dostarczony pokarm wcale nieźle, gdyż przy skąpym dowozie wynosił przyrost ciężaru w pierwszem półroczu 14,78 i 14,34 gr dziennie, a zatem przyrost, leżący wprawdzie poniżej średniej, ale zupełnie wystarczający. Rosenstern [1]) bowiem za granicę dostatecznego przyrostu podaje 100 gr na tydzień, 14·3 na dzień.

Matka przeszła w ciągu karmienia lekkie zapalenie wyrostka robakowatego z najwyższem wzniesieniem ciepłoty (37·5° pod pachą) w 88. dniu. Przechodziła także lekkie nieżyty nosowe. Pierwsza miesiączka pojawiła się bezpośrednio przed zupełnem odstawieniem dziecka z końcem 10. miesiąca.

* * *

Na podstawie powyższych szczegółów musimy dojść do następujących wniosków:

1) W danym przypadku chodziło o dziecko, które mimo prawidłowej sprawności piersi i mimo dostatecznego zapasu sił własnych wskutek niedostatecznego opróżniania piersi (lenistwo, czy niesprawność) otrzymywało pokarm w ilości skąpej. O podobnych przypadkach donosili świeżo Rietschel [1]) i Rosenstern (l. c.).

W tych przypadkach wskazane jest opróżnianie piersi po karmieniu zapomocą wystrzykiwania pokarmu, albo wypompowania, a pokarm, otrzymany w ten sposób, może być podany niemowlęciu dla uzupełnienia pokarmu wyssanego. W naszym przypadku pompowanie było wykonywane tylko przez 11 dni i tylko 2—3 razy dziennie, zatem nie po każdem karmieniu, a mimo to wpływ na produkcyę pokarmu był bardzo wybitny i okazał się trwały; przekroczony został przytem w ten sposób współczynnik 70 Kal., co umożliwiło dostateczny dalszy rozwój dziecka.

2) Jak się okazuje z naszego przypadku, do rozwoju dostatecznego, tj. do przyrostu przynajmniej 100 gr tygodniowo, 14, 3 dziennie, wystarcza nawet w pierwszych miesiącach i nawet przy objawach niestrawności, jeżeli nie są ciężkie, dowóz około 85 Kal na 1 kg wagi dziecka. W takich przypadkach nie ma powodu do energiczniejszego wkraczania lekarskiego.

3) Dziecko należało do kategoryi dzieci, które mimo higienicznego karmienia w długich 4-godzinnych odstępach i mimo nieprzekarmiania okazywało objawy niestrawności z powodów konstytucyonalnych. Także wobec tych objawów, jeżeli tylko rozwój dziecka jest dostateczny, możemy się zachować wyczekująco.

* * *

Rozbiór mleka zawdzięczam zakładowi prof. Marchlewskiego (Dr Kruczek). Pokarm z każdej piersi został co do swego składu oznaczony osobno; podam jednak tylko liczby średnie. Ogólna ilość azotu: 0·15595%, ogólna ilość ciał białkowatych 0·99325%, azot albuminów 0·05925%, azot kazeinu i globulinów 0·0967%, ilość albuminów 0·4110%, ilość kazeinu i globulinów 0·5820%, tłuszczu, cholesteryny i fosfatydów 3·700%, cukru 6·528%. suchej pozostałości 10·895%, popiołu 0·3150%. Istnieje zatem pewna rozbieżność (różnica wynosi 0·7412%) między ogólną ilością ciał stałych 11·5362%, a suchą pozostałością 10·8950% co tylko częściowo tłómaczy się przyjęciem całego azotu za azot białka.

Wartość użytkową jednego litra w kaloryach obliczyłem, mnożąc ilość azotu przez 26, ilość tłuszczu przez 9·23, ilość cukru przez 3·95. Z obliczenia wypada 639·91 Kal. W nutrozie przyjąłem 87% ciał białkowatych, o wartości użytkowej 1 gr wynoszącej 4·1 Kal, w kaszkach 87% skrobi o wartości takiej samej, z czego wynikało, że jeden gram nutrozy lub kaszki miał w przybliżeniu taką samą wartość, co 5·5 gr. pokarmu z piersi.

[1]) Przegląd lek. 1902. Nr 26—29.
[2]) Therapie d. Gegenwart. 1909 Nr 8.
[1]) Deutsch. med. Woch. 1912. Nr 39.

[1]) Jahrb. f. Kinderh. t. 75, str. 403. 1912.

Przyczynek do etyologii porażeń nerwu twarzowego

podał

Adam Rydel.

Jednem z najczęstszych porażeń obwodowych jest niewątpliwie porażenie nerwu twarzowego; dość wspomnieć statystykę, podaną przez Fuchsa*), według której na 60.000 chorych, leczonych w ambulatoryum wiedeńskiej kliniki dla chorób nerwowych i umysłowych, było blizko 600, t. j. niemal 1% porażeń obwodowych nerwu twarzowego. Toteż dzięki licznym spostrzeżeniom ostatnie zwłaszcza lata przyniosły mnóstwo nowych szczegółów, tyczących się bądź to etyologii i patogenezy, bądź to symptomatologii, bądź też wreszcie leczenia tego cierpienia.

Tem ciekawszym wydaje się przypadek, jaki miałem sposobność spostrzegać przed paru laty. przynosi on bowiem szczegół, tyczący się sposobu powstawania prosopoplegii, dotychczas nieznany mimo spostrzeżeń tak licznych i tak wielostronnie rozszerzających naszą znajomość tego porażenia.

Oto krótki wyciąg z historyi tego przypadku:

Marya W. lat 35. kucharka, stanu wolnego, dziedzicznie nie obciążona, zawsze dotychczas zdrowa, podaje, iż zwłaszcza w ostatnich czasach ani chorób usznych, ani zapaleń gardła, ani cierpień zakaźnych nie przechodziła.

W d. 28. IX. 1908 r., w niedzielę po południu, siedziała drzemiąc koło pieca. kiedy nagle, ziewnąwszy bardzo silnie, z przerażeniem spostrzegła, iż ust nie może zamknąć; równocześnie poczuła ból pod uchem lewem. Poczęła sobie silnie rozcierać »podgardle«, poczem po chwili usta się zamknęły, ale ból przed uchem pozostał i trwał jeszcze przez kilka dni najbliższych, aczkolwiek coraz słabszy. Nazajutrz rano obudziła się z porażoną twarzą po lewej stronie, a porażenie to aż do wtorku, t. j. 30. IX. 1908 wzmagało się, od tego zaś dnia aż do dnia badania utrzymuje się w mierze. Oprócz tego chora podała, iż ma dziwne uczucie po lewej stronie języka, bolesne strzykanie w okolicy lewego ucha, tudzież, że wszelki hałas w szczególny, przykry sposób odczuwa w lewem uchu. Badanie przedmiotowe, przeprowadzone w dniu 2. X. 1909 r. (a więc w 5. dniu trwania porażenia) wykazało zupełnie typowe, całkowite porażenie lewego nerwu twarzowego, obejmujące wszystkie jego trzy gałązki, z asymetryą, zniesieniem zupełnem ruchów w tej połowie twarzy, połączone z przytępieniem słuchu na lewem uchu (zegarek po str. lewej 50 cm., po prawej 70 cm.) przy zupełnie prawidłowych wynikach prób widełkowych; nadto czucie smaku było zupełnie zniesione we wszystkich czterech rodzajach na przedniej części lewej połowy języka, na prawej natomiast było bardzo wyrobione; wreszcie na lewej połowie języka i na błonie śluzowej lewego policzka istniało niemal zupełne zniesienie czucia bólu.

Badanie elektryczne wykazało nieznaczne obniżenie pobudliwości faradycznej, a wzmożenie galwanicznej w zakresie nerwu twarzowego, nadto leniwy skurcz z odwróceniem formuły (A>K) przy drażnieniu galwanicznem mięśnia okrężnego ust. Badanie wreszcie całego układu nerwowego, narządów wewnętrznych i moczu dawało wyniki zupełnie prawidłowe.

Już w tydzień po tem pierwszem badaniu, a w dwanaście dni od początku choroby (9. X. 1908) można było stwierdzić pewne ruchy własnowolne mięśni porażonej twarzy, przyczem poprawa prędzej postępowała w zakresie dwóch górnych gałązek nerwu twarzowego, aniżeli w dolnej. Badanie elektryczne wówczas podjęte wykazało stosunki prawidłowe z wyjątkiem drażnień poniżej podanych:

gałązki trzeciej: faradycznie 115 mm. (po pr. 131), galwanicznie 2 M.A. (po pr. 1); M. orbicularis oris superior: faradycznie 115 mm. (pr. 125), galwanicznie 2 M.A. (pr. 1), skurcz leniwy bez odwrócenia formuły; M. orbicularis oris inferior: faradycznie 120 mm. (pr. 125), galwanicznie 1·5 M.A. (pr. 1·5), skurcz leniwy z odwróceniem formuły t. j. anoda działa silniej.

Słuch w tym czasie obustronnie już był równy, natomiast zaburzenia smaku i czucia nie wykazywały jeszcze poprawy.

20. X. 1908 istniał już tylko bardzo nieznaczny niedowład (paresis), widoczny zwłaszcza w mięśniach ust, a w końcu tego samego miesiąca, a zatem w 5. tygodniu od rozpoczęcia się choroby, wypuszczono chorą z leczenia, jako uleczoną. Nie ponawiano jednak wówczas badania smaku i czucia bólu.

Niezwykłość powyższego przypadku polega na jego etyologii: nie można się bowiem oprzeć przypuszczeniu, iż porażenie nerwu twarzowego wywołane zostało u chorej zwichnięciem szczęki. Jakoż ani dokładne w tym kierunku wywiady, ani szczegółowe badanie nie pozwoliły stwierdzić niczego, coby za przyczynę porażenia można było przyjąć, oprócz zwichnięcia szczęki; jeśli się zaś zważy, iż między chwilą zwichnięcia a spostrzeżeniem porażenia upłynęło zaledwo kilkanaście godzin, (a prawdopodobnie w rzeczywistości znacznie mniej — porażenie bowiem w czasie snu wystąpiło), to przypuszczenie związku przyczynowego między zwichnięciem a porażeniem zdaje się nie ulegać wątpliwości, mimo braku podobnych spostrzeżeń w piśmiennictwie. W istocie ani w znanych podręcznikach chorób nerwowych, ani w monografiach tak klasycznych i wyczerpujących, jak M. Bernhardta (Die Erkrankungen peripherer Nerven), ani wreszcie w całej kazuistycznej literaturze tego przedmiotu z ostatnich lat 12 nie udało mi się żadnej wzmianki o podobnej etyologii wyszukać; również nie wspominają podręczniki chirurgii o prosopoplegii, jako następstwie zwichnięcia szczęki.

Jak wiadomo, najczęstszą formą zwichnięcia szczęki dolnej jest zwichnięcie ku przodowi, przy którem wyrostek stawowy szczęki dolnej, wyskoczywszy ze swej panewki, ześlizguje się poprzez guzek stawowy (tub. articulare) kości skroniowej i przed nim się ustawia. Jest to zwichnięcie niezmiernie łatwo powstające, tak, że zbyt szerokie otwarcie ust, np. przy krzyczeniu, wymiotowaniu, lub z i e w n i ę c i u, wystarcza, aby je wywołać. Przebiega ono niemal zawsze bez pęknięcia torebki stawowej, a bardzo często chorzy sami mogą odprowadzić je zapomocą różnych manipulacyi. Aczkolwiek w naszym przypadku nie mamy pozornie żadnych danych do bliższego określenia zwichnięcia, jakie u chorej nastąpiło, to jednak z powyższego wynika, iż może tu być tylko mowa o zwichnięciu ku przodowi.

Chcąc zrozumieć mechanizm, który wywołał porażenie nerwu twarzowego, należy zwrócić uwagę, iż w naszym przypadku porażenie to było połączone z 1) przeczulicą słuchową, 2) znieczuleniem języka na ból i 3) zniesieniem smaku po porażonej stronie. Z tych trzech objawów tylko

*) Fuchs: Die peripherischen Facialislähmungen u. ihre Behandlung. Wien. med. Presse Nr 6—7 1907.

dwa ostatnie mają według nowszych zapatrywań niewątpliwą wartość dla oznaczenia miejsca schorzenia nerwu twarzowego. Jakoż wiadomo, iż zaburzenia czucia smaku i bólu na języku w przypadkach prosopoplegii zależą od zajęcia sprawą chorobową włókien nerwowych, które biegnąc zrazu w nerwie twarzowym, oddzielają się od niego już w kanale Fallopiusza i przebiegają osobnym kanalikiem w strunie bębenkowej (chorda tympani), kierując się z powrotem ku górze, ku przodowi i ku wewnątrz; sam zaś nerw twarzowy wyszedłszy przez otwór rylcowosutkowy z kanału Fallopiusza, niemal pod prostym kątem zwraca się ku przodowi, aby podzielić się na poszczególne włókna (pes anserinus). Żeby więc powstały równocześnie z porażeniem twarzy upośledzenie smaku i czucia bólu na języku, musi miejsce schorzenia sięgać powyżej punktu, w którym struna bębenkowa oddziela się od nerwu twarzowego, a zatem musi ono leżeć jeszcze w obrębie kanału Fallopiusza. Najprawdopodobniejszą jest zatem rzeczą, iż w naszym przypadku przy zwichnięciu szczęki wraz z nią i nerw twarzowy został pociągnięty ku przodowi, a przez to uciśnięty o kość, tworzącą przednią ścianę kanału Fallopiusza i przednią krawędź otworu rylcowosutkowego. Porażenie zatem zostało wywołane przez ucisk nerwu w tej wysokości, a nie przez samo jego naciągnięcie lub przez ucisk w dalszym przebiegu.

Takie tłomaczenie zadziałania zwichnięcia zgadza się również z doświadczeniem klinicznem, które uczy, że porażenia, wywołane przez ucisk nerwu, jeśli tylko ten ucisk nie trwał nadmiernie długo, są zazwyczaj porażeniami lekkiemi co do stopnia i co do czasu trwania, w przeciwieństwie do porażeń, wywołanych przez naciągnięcie nerwu. Te bowiem, jako polegające na poprzerywaniu niektórych przynajmniej włókienek nerwowych, zawsze mają formę ciężkich i długotrwałych porażeń. Porażenie zaś w naszym przypadku zarówno ze względu na rodzaj oddziaływania elektrycznego, jak i na czas trwania, niewątpliwie musi być uważane za lekkie.

Tak więc powyższy przypadek stwierdza możliwość — dotyczas nieznaną — wystąpienia prosopoplegii w następstwie zwichnięcia szczęki i uczy, iż mechanizm powstawania tego porażenia polega najprawdopodobniej na uciśnięciu nerwu, napiętego przez zwichnięcie szczęki, o kostną ścianę kanału Fallopiusza.

Znajomość takiej etyologii porażenia twarzy może mieć znaczenie także w sprawach sądowo-lekarskich.

Kilka uwag o »circulus vitiosus« po gastroenterostomii.

Podał

Zygmunt Radliński.

Sprawa »circulus vitiosus« po gastroenterostomii jest obecnie znacznie mniej żywotną, niż była dawniej. Pamiętamy wszyscy chirurgowie te czasy, gdy po każdej gastroenterostomii z pewną obawą wyczekiwaliśmy przez pierwszych parę dni, czy nie wystąpią groźne zwiastuny: obfite wymioty treścią brunatno-żółciową i wzdęcie nadbrzusza, wskazujące, że »błędne koło« powstaje. Chorzy, których, dotknęło to powikłanie, pomimo energicznego ratunku przeważnie byli straceni i sekcya wykrywała ogromne przepełnienie żołądka i jelita doprowadzającego płynną brunatną treścią, a zupełne zapadnięcie pętli odprowadzającej. Stąd wniosek, że treść żołądka przedostawała się nie do pętli odprowadzającej, jak być powinno, ale w kierunku ku dwunastnicy. Treść dwunastnicy: żółć, sok trzustkowy — znów ze swej strony wlewały się do żołądka, zamiast do pętli odprowadzającej, i stąd nazwa »circulus vitiosus«. Próby zapobiegania temu stanowi polegały na podaniu różnych odmian zakładania otworu gastroenterostomijnego w ten sposób, by nibyto utrudnione zostało wlewanie się treści żołądkowej do pętli doprowadzającej, a ułatwione wlewanie się do odprowadzającej. Przypomnę tu o zastawce, podanej przez Kochera i o różnych sposobach przymocowywania pętli do żołądka. Metody te nie miały powodzenia rozstrzygającego. Dopiero z chwilą wprowadzenia przez Brauna anastomozy pomiędzy pętlą doprowadzającą i odprowadzającą gastroenterostomia przednia przedokrężnicza przestała wywoływać »circulus vitiosus«.

Gastroenterostomia tylna zaokrężnicza (Hackera) od samego początku odznaczała się znacznie mniejszą skłonnością do »circulus vitiosus«, o ile przez błędne ustawienie pętli w kierunku izoperystaltycznym nie wywołano jej skręcenia. I tu jednak przypadki takie się zdarzały i zdarzały się tam, gdzie użyto do anastomozy pętli dłuższej, niż to jest konieczne. Że w długości tej pętli upatrywali autorowie przyczynę (circulus vitiosus) (Petersen i inni), wynika stąd, że doradzają oni z naciskiem użycie pętli ile możności krótkiej. Jako bezpośrednie następstwo tej rady występuje wskazówka, aby pętlę względem żołądka ustawiać antyperystaltycznie, a nie izoperystaltycznie. Oczywiście, że odcinek pętli jelita czczego, licząc od fałdu dwunastniczojelitowego »plica duodeno-jejunalis« do otworu anastomozy, może być krótszy przy ustawieniu antyperystaltycznem, niż przy izoperystaltycznem, gdyż po wyjściu z poza otrzewnej przy fałdzie dwunastniczojelitowym jelito ma kierunek z prawej strony na lewą, a żołądek ponad niem z lewej na prawą. Najbliższe równoległe ustawienie ścian w celu anastomozy jest zatem antyperystaltycznem.

Niezwracanie uwagi na długość pętli jelitowej przy gastroenterostomii tylnej i powstający w tych razach »circulus vitiosus« doprowadziły do propozycyi, by i przy tylnej anastomozie zakładać również enteroanastomozę typu Brauna, podobnie jak przy przedniej. Zupełnie jednak słusznie nazywa Bier gastroenterostomię tylną z anastomozą Brauna zabiegiem godnym zaniechania.

Bier w swem dążeniu do możliwie krótkiej pętli przy tylnej gastroenterostomii idzie tak daleko, że używa do niej pętli tuż przy fałdzie dwunastniczojelitowym, niekiedy nawet przecinając t. zw. więzadło Treitza, stanowiące wolny lewy brzeg tego fałdu.

Można uważać za uznane niemal powszechnie, że przy gastroenterostomii tylnej należy brać pętlę ile możności krótką i ustawiać ją antyperystaltycznie, zaś przy gastroenterostomii przedniej dodawać Braunowską enteroanastomozę.

O ile ten drugi postulat jest zupełnie zrozumiały, o tyle dla wyjaśnienia konieczności, by przy gastroenterostomii tylnej używano pętli ile możności najkrótszej — nie spotkałem dowodów wystarczających.

Zdaje mi się, że można je przedstawić, jak następuje. Po zabiegu operacyjnym na jelitach często, jak wiadomo, występuje przemijający niedowład jelit. Niedowład ten sprawia, że stale wlewające się w znacznych ilościach do dwunastnicy żółć i sok trzustkowy nie zostają ruchami jelita popchnięte dalej, ale zalegają w niem i jelito ulega mechanicznemu rozciągnięciu i obciążeniu. Naturalnie im dłuższą jest w ten sposób wypełniona pętla, tem waga jej jest większa i tem łatwiej może nastąpić obciągnięcie ku dołowi ściany żołądka, przymocowanej do pętli. To obciągnięcie ku dołowi wywołuje stopniowo skośne ustawienie otworu gastroenterostomijnego, przez co powstaje ostroga pomiędzy pętlą doprowadzającą i odprowadzającą i zaciśnięcie pętli odprowadzającej — i »circulus« jest gotów. Wobec ruchomości ściany żołądka to obciągnięcie ciężką pętlą w dół i skośne ustawienie otworu z zaciśnięciem pętli odprowadzającej jest możliwe przy wszelkiem ustawieniu żołądka względem jelita, o ile waga bezwzględna wypełnionej pętli jest dostateczną, aby to wywołać. Występuje to tem łatwiej, im pętla doprowadzająca jest dłuższa, a więc po wypełnieniu cięższa, tem trudniej, im jest krótsza, a więc lżejsza. Przy używaniu pętli zupełnie krótkiej (10 ctm i mniej) »circulus vitiosus« wogóle, o ile się zdaje, nie bywa.

Podobne rozumowanie odnosi się i do resekcyi żołądka, o ile robimy ją sposobem Billrotha II, lub którą z jego odmian. O ile pozostawiony odcinek żołądka jest dość ruchomy, tak, że przeprowadzona ku niemu poprzez krezkę okrężnicy poprzecznej (mesocolon transversum) pętla może być zupełnie krótka, to enteroanastomoza staje się zbyteczną (o ile przytem obszyjemy otwór w krezce okrężnicy dookoła połączenia żołądka z jelitem). Natomiast w takich przypadkach, gdzie żołądek po resekcyi cofa się wysoko ku górze, gdzie przez to pętla jelita musi być dłuższą, aby do żołądka bez napięcia sięgnąć, — enteroanastomoza jest niezbędną.

Raz jeszcze streszczam uwagi powyższe.

1) W napełnieniu pętli doprowadzającej główną rolę odgrywa żółć i sok trzustki.

2) Przyczyną nieopróżniania się pętli i zalegania w niej treści jest pooperacyjny niedowład jelita.

3) Nieopróżnianie się pętli wywołuje mechaniczne jej rozciągnięcie i obciążenie.

4) Obciążenie pętli wywołuje przeciągnięcie ku dołowi otworu gastroenterostomii wraz ze ścianą żołądka i ustawienie takie, że otwór staje się niedrożny ku pętli odprowadzającej.

5) Jest to tem mniej możliwe, im pętla doprowadzająca jest krótsza, a więc nawet w razie, gdy zostaje wypełniona treścią przy czasowym niedowładzie, ma wagę nie wystarczającą do tego, aby taki mechanizm wywołać.

Zaćma przyrodzona i kiła odziedziczona.

Napisał

Bolesław Wicherkiewicz.

Wiadomo, że nie ma prawie zmian chorobowych, którychby nie przypisywano kile. I nic dziwnego, gdyż nie może ujść naszej baczności spustoszenie, jakie właśnie kiła wyrządza w ustroju ludzkim. Powinniśmy więc, badając etyologię, należycie uwzględniać tę skazę ustrojową, byle nie popadać w ostateczność, gdy każdą chorobę przypisujemy temu burzycielowi zdrowia i szczęścia rodzinnego. Przed laty podałem kilka uwag na ten temat na podstawie własnego doświadczenia. (»Zapoznanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych«. Postęp okulist. 1905, czerwiec, lipiec).

Dziś, gdy posiadamy dość pewny wskaźnik w badaniu serologicznem, powinniśmy krytyczniej możliwy taki związek uwzględniać, a że zaćma ogólnie umiała uchylać się w naszych pojęciach od posądzenia jej zależności od kiły, przeto w niniejszem pragnąłbym choć w kilku słowach poruszyć temat, któremu baczną poświęcałem zawsze uwagę, i to już wtenczas, kiedy z gronem zacnych kolegów przystępowałem do wydawania pierwszego w W. Księstwie Poznańskiem czasopisma lekarskiego.

Poświęcając dla zaznaczenia, jak drogą mi pamięć owej chwili, tę skromną pracę ku czci pisma, które mimo twardych warunków nietylko przetrwało niejedną burzę, ale umiało stanąć na wysokości naukowej wśród pierwszych tego rodzaju, życzę mu długiego nadal istnienia i ciągłego rozwoju na pożytek tyle politycznie gnębionej dzielnicy i dla utrzymywania czytelników, oby jaknajliczniejszych, w ciągłym kontakcie z postępem nauki i sztuki lekarskiej.

W Towarzystwie lekarskiem w Halle miał w maju b. r. Igersheim odczyt o kile, jako przyczynie zaniewidzeń młodych osób, i to na podstawie badanego serologicznie materyału halskiego Zakładu niewidomych (Münch. med. Wochenschrift). Na 187 badanych można było wogóle 32 razy stwierdzić kiłę, t. j. w 17·2%, a w 13·4% udało się znowu kiłę wykazać jako przyczynę zaniewidzenia. Wyłącznie wchodziła w grę kiła odziedziczona.

Lubo najrozmaitsze zachorzenia oczne przypisywano przytem kile, to jednak wyłączono z tego związku 19 przypadków, dotyczących zboczeń ocznych rozwojowych, co oczywiście odpowiada i naszym zapatrywaniom, nadto 12 zaćm wrodzonych, jako też 13 przypadków barwikowych zmian siatkówki (retinitis pigmentosa), gdy kiłę aż w 77·7% o wywołanie zapalenia tęczówki czyniono odpowiedzialną.

Wedle mego doświadczenia barwikowe zapalenie siatkówki (retinitis pigmentosa) nie zasługuje na wyłączenie z tego właśnie tła, lubo opierając się tylko na wrażeniu wyniesionem z praktyki, nie mógłbym tego liczbami bliżej określić. — Co do zaćmy, to, prawdę mówiąc, sprawa zdaje się mniej pewną.

Michel, omawiając etyologię zaćmy wrodzonej całkowitej u dzieci (Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. V. II. Abt. p. 407), rozumie również dziedziczność w tem zna-

czeniu, iż zarodek zaćmy dziecko odziedzicza po rodzicach. Dalej rozwój wczesny zaćmy dziecka czyni Michel zależnym od rozmaitych stanów wyniszczenia (inanitio), niemniej od chorób zakaźnych, zwłaszcza od kiły rodziców. Michel wogóle wyobraża sobie, że tętnica szyjna (carotis), odgrywająca pośrednio ważną rolę w odżywianiu oka, może, ulegając stwardnieniu, wywołać następowo zaćmę, a gdy te zmiany czy to w tętnicy szyjnej, czy jej gałęziach bywają odziedziczone, już w młodym wieku zaćma się pojawia, nawet wtenczas, gdy w składnikach oka nie wystąpi widoczna zmiana. Michel przytacza przypadki zaćmy odziedziczonej, gdzie stwierdzono stwardnienie tętnicy szyjnej, zwłaszcza wewnętrznej, i gdzie były inne nadto objawy kiły odziedziczonej, jak zęby Hutchinsonowskie.

Oczywiście rozróżniać trzeba zaćmy wrodzone i zaćmy powstałe w młodym bardzo wieku bez wiadomej rzekomo przyczyny i to zazwyczaj obustronnie. Czy w danym razie zaćma taka istniała od urodzenia, czy też później dopiero się rozwinęła, trudno nieraz osądzić wobec braku dokładnego badania takich ócz zaraz po urodzeniu. Rodzice lub otoczenie zazwyczaj późno dopiero spostrzegają zmiany w źrenicy, która właśnie u dziecka bywa wązka; nastąpi to wtenczas, gdy dziecko pocznie oczyma gonić światło, albo gdy nasycenie zmętnienia soczewki, od urodzenia zmienionej, z biegiem czasu po tygodniach czy miesiącach stanie się silniejszem. Zresztą taki wpływ odziedziczonego zakażenia kiłowego mógł był już począć się w łonie matki, a dokonać dzieła w życiu pozamacicznem.

Chodzi tylko o to, czy taki wpływ wogóle przyjąć mamy prawo?

W rozmaitych, nawet najlepszych podręcznikach okulistycznych pod tym względem albo żadnych nie znajdujemy uwag, albo bardzo nieścisłe. Nawet Panas w znakomitem swem dziele »Traité des maladies des yeux«, poświęcając dużo uwag etyologii zaćmy w ogólności, nie podkreśla znaczenia kiły w powstawaniu zaćmy, a tem mniej odziedziczonej, a zaznacza jedynie, że dziedziczność niewątpliwie odgrywa pewną rolę tak co do zaćm wrodzonych, jako też nabytych.

Jeżeliby kiła, sprowadzając stwardnienie tętnicy szyjnej, miała wywołać zaćmę, jak twierdzi Michel, to również i zmiany w naczyniach siatkówki mogłyby do powstawania zaćmy u dzieci dziedzicznie obciążonych przyczyniać się. Wiadomo przecie, że zaćma, wywołana doświadczalnie przez naftalinę, nie jest zaćmą chemiczną, lecz wynikiem zboczenia w odżywieniu pewnej części oka, t. j. siatkówki i ciałka szklistego, a może ze współudziałem naczyniówki. Godzi się więc przypuścić, że i zmiany kiłowe tych części do złego odżywienia soczewki wcześniej, czy później wiodą. Ale zarzucićby można w tych razach to, że często po skutecznie dokonanej operacyi zmian żadnych wziernikiem jednak nie udaje nam się wykryć. Atoli liczyć się powinniśmy z tą okolicznością, iż zmiany takie mogą leżeć bardzo obwodowo i z powodu tego dla wziernikującego dzieci, i to nieraz z takim trudem, nie łatwo bywają dostępne, albo dotyczą części zewnętrznych siatkówki, które mniej wziernikowo podpadają, a one właśnie najwięcej przyczyniają się do zmętnienia soczewki.

Cóż jednak wskazuje nam w tym kierunku badanie samej soczewki? Zdawałoby się, że na podstawie poszukiwań tak ścisłych, jakie pozwala nam przeprowadzać pracownia naukowa kliniczna nowszych czasów, powinniśmy zdobyć coś uchwytnego. Wszakże badania Roemera nad soczewką i teorya jego o autocytotoksynach, na której oparł swą opoterapię, zapowiadały nową erę w nauce o zaćmach i ich zwalczaniu. Tymczasem Salus (Untersuchungen über die Biologie der Linse, Graefes Arch. für Ophtal. 72.514) w puch rozwiał całą subtelną Roemera budowę. Nie od rzeczy może będzie choć w kilku słowach potrącić tutaj i o teoryę samą i o wywody, zwalczające śmiałą hypotezę.

Wedle Roemera komórki ustroju starzejącego się ulegają przemianie wstecznej, przez co tworzą się autocytotoksyny. Mogą one jednak tylko wtenczas szkodzić ustrojowi, jeżeli komórki posiadają własność wiązania tej toksyny, czyli jeżeli posiadają receptory. Fizyologicznie atoli istnieją urządzenia regulujące, a zatem takiemu wiązaniu (Verankerung) przeszkadzające. Sciany naczyń i warstwa barwikowa wyrostków rzęskowych w zwykłych warunkach tych toksyn nie przepuszczają. Jeżeli jednak przyrząd rzęskowy ucierpiał, wtenczas cytotoksyny dostają się do cieczy wodnej i tu działają niekorzystnie na nabłonek soczewkowy, niszcząc go, przez co wytwarzają się zmętnienia soczewki. Otóż teorya ta byłaby łatwo zrozumiałą co do przednich korowych zaćm, ale trudno ją zastosować do tylnych, jądrowych, przyjądrowych lub punkcikowych.

Salus wykazał jednak doświadczalnie, że soczewki nie posiadają wogóle tych receptorów — nie mogą więc wiązać autotoksyn. Nie znalazł on również żadnej prawie różnicy między surowicą prawidłową, a surowicą osobnika, dotkniętego zaćmą, co do wiązania komplementu. Natomiast silniejszy był ten odczyn surowicy kiłowych; Salus sądzi jednak, że to dla soczewki nie ma żadnego swoistego znaczenia, gdyż wiążące komplement surowice kiłowych z wyciągiem najrozmaitszych tkanek i chemicznych substancyi dają równy odczyn. Powołując się na ten fakt, zaznacza Salus, że przecież nigdzie w literaturze nie ma najmniejszej wzmianki, jakoby kiła miała mieć jakikolwiek wpływ na powstawanie zaćmy.

Powyżej wykazałem jednak, że tak nie jest; związkiem takim zajmowano się, ale ściśle naukowych dowodów zależności zaćmy od kiły nie podano nigdy.

Jeżeli ten związek kiły a zaćmy starczej, czy zaćmy powstającej w średnim wieku, tak mało w opinii klinicystów zasługuje na uwzględnienie, to i zaćmę młodego wieku dotychczas mniej jeszcze odnoszono do kiły. W najnowszem dziele Eversbuscha o chorobach ocznych młodego wieku znajdujemy co do etyologii wrodzonej lub wcześnie u dzieci występującej zaćmy tę króciutką o powyżej już omówionej teoryi Michla wzmiankę: »Eine lokale Zirkulationsstörung als Folge einer Erkrankung der Wandungen der Carotis communis und ihrer Verzweigungen, wie sie nicht selten ein- oder doppelseitig auf dem Boden einer hereditaren Lues entstehen«.

Jak widzimy, nie mamy żadnych pewnych danych co do tego przyczynowego związku.

Wobec tego może nie będzie zbytecznem przytoczyć własne spostrzeżenia, które wobec zaćmy, pojawiającej się u całego szeregu dzieci tych samych rodziców i przy do-

datnim wyniku badania serologicznego, na związek taki wskazywać się zdają.

Przypadek zrządził, iż pani P. z J. zgłosiła się prywatnie do mnie z czwartem już dzieckiem, dotkniętem zaćmą, rzekomo wrodzoną, prosząc o wykonanie operacyi w klinice; począłem więc szczegółowo badać wywiady i okoliczności, towarzyszące porodom lub mogące mieć jakiś wpływ na zdrowie dzieci, by wyśledzić możliwy jakiś związek.

Po raz pierwszy zgłosiła się matka w klinice mojej 19 maja 1901 z kilkomiesięcznem dzieckiem Józefą, u której z powodu zaćmy wrodzonej wykonano usunięcie zaćmy z późniejszem przecięciem zaćmy następowej. Jednak szczegółowych zapisków nie można było odszukać. Tylko tyle mogłem stwierdzić, iż po zwyczajnem usunięciu soczewek i przez następne wypłukanie wzrok wynosił dnia 29. VII.: W pro = 6/18 hp. 8 Albr. O. 6 c. + 12, Wlo = 6/18 hp. 8 Alb. 0.6 c + 12. Źrenice czarne.

Następne dziecko przyniesiono mi w r. 1906 dnia 19. VI. Był to Bolesław, 5-miesięczny chłopczyk, zdrowo wyglądający. W miesiąc po urodzeniu spostrzeżono zmianę w źrenicach.

Teraz dowiedziałem się, że rodzice dobrze widzą. Z 7 rodzeństwa, pierwsze, dziewczę zmarło w 14. r. życia na suchoty, 2. i 3. zdrowe, 4. umarło na płonicę, 5. Maryan, o którym niżej, dotknięty zaćmą, 6. zdrowe, 7. Bolesław, u którego rozpoznano typową zaćmę warstwową (cat. zonularis) równą w obu oczach. Dna nie widać mimo atropinowania. D. 22 VI. zrobiono tylko na oku lewem rozcięcie przedniej torebki. Gdy w następnym roku 25. V. znowu mi dziecko przedstawiono, usunąłem na prawem oku cięciem linijnem i po wycięciu małego kawałka tęczówki, całą soczewkę, — a na lewem oku powstałą zaćmę sucho-torebkową (cataracta arido-siliquata) wydobyłem dnia 1. VI. szczypczykami z dobrym przebiegiem. W lipcu 1908 r. znalazłem prawe oko tego dziecka w dobrym stanie, u lewego źrenica wązka przesunęła się ku bliźnie operacyjnej i zasłonięta była błoneczką. Przez irydektomię stworzyłem dobre warunki patrzenia. W listopadzie 1909, a zatem w trzy lata po operacyi, stwierdziłem zez zbieżny i drżenie gałek (strabismus convergens alternans et nystagmus oscillatorius et rotatorius).

Maryan P., 6-letni chłopczyk, porówno z poprzedniem dzieckiem dnia 19. VI. 1906 przedstawiony, miał zaćmę warstwową (cataracta zonularis), a liczył obustronnie tylko palce na 4 metry. I tu z powodu szerokości warstwy zaćmionej kory nawet po rozszerzeniu atropiną źrenicy, dokładnie widzieć dna nie udało się. Równocześnie, jak u Bolesia, zrobiono i tu rozcięcie torebki lewego oka. Gdy w kilka dni później stwierdzono pęcznienie kory i wypadnięcie jąderka na spód przedniej komory, usunąłem cięciem prostem jąderko i korę.

25. V. następnego roku stwierdzono, że na prawem oku powstała bez zabiegu operacyjnego, zaćma suchotorebkowa z następowem dalszem obniżeniem bystrości wzroku — do tego stopnia, że na tem oku chłopcu już tylko pozostało poczucie światła. Lewe oko przedstawiało się dobrze, a W=5/30 hp. 11. W dwa lata później po zrobieniu rozcięcia zaćmy błoneczkowatej prawego oka, obustronnie W=6/15 Sn l. 5. Wziernikiem nie stwierdzono żadnych zmian, a co do drżenia oczu nie znajduję w zapiskach żadnej wzmianki.

Dnia 15. V. 1911 przedstawiła mi matka swe ósme, a czwarte wadą oczną dotknięte dziecko, 11-miesięcznego Leona, dobrze na ten wiek rozwinięte.

Zdziwiony powtarzaniem się tej wady ocznej u tylu dzieci, począłem znowu badać w rozmaitych kierunkach, przyczem dowiedziałem się, że matka dużo w czasie ciąży wymiotowała, połóg jednak ostatni, jak i poprzednie, był prawidłowy. Po urodzeniu dziecko miało mieć oczy zdrowe i prawidłowo wyglądające, a dopiero po trzech miesiącach spostrzeżono w źrenicach zmiany. Badanie wykazało wązkie źrenice, słabo, nawet po atropinie, rozszerzające się. W obu oczach jednak udało się całkiem dokładnie stwierdzić zaćmę warstwową z nasadkami. Zmętnienie soczewek nie dozwalało przy słabem rozszerzeniu źrenic rozpoznać szczegółów dna oka.

Poddałem matkę i dziecko próbie Wassermanna, która u obojga wypadła dodatnio.

Zabiegi operacyjne wykonano następujące: Najprzód na oku prawem samo rozcięcie torebki. W kilka miesięcy później usunąłem soczewkę lewego oka doraźnie, zrobiwszy cięcie proste, przy pomocy mego sposobu wypłukania kory, równocześnie zaś następową zaćmę torebkową prawego oka rozciąłem. W obu przypadkach zabiegi dały wynik dodatni. W czerwcu następnego roku stwierdziłem drżenie gałek (nystagmus oscillatorius) obu ócz.

Z powyższego zestawienia wynika, że 1. dziecko dotknięte zaćmą (umiera rzekomo na suchoty), 5. 7. 8. dotknięte tą samą wadą oczną bez jakiejkolwiek wiadomej przyczyny, a wreszcie badanie serologiczne daje u ostatniego dziecka i u matki wynik dodatni, i to bardzo wybitnie dodatni.

Czy wolno nam z tego wyciągnąć jakieś stanowcze wnioski? Sądzę, że nie mamy do tego dostatecznej podstawy, jakkolwiek nęcącą mogłaby być teorya. Braknie nam rozmaitych ścisłych dat. Najprzód brak pewności co do zakażenia, potem ciągłości trwania tego samego wpływu szkodliwego na nieprzerwany szereg płodów; brak nam najpewniejszego dowodu, tj. przerwy wpływu szkodliwego po przebytem swoistem leczeniu rodziców, a choćby wpływu na złagodzenie postaci zaburzenia ocznego. Nasuwałaby się może pod wpływem podejrzenia, że kiła przyrodzona wchodzi tu w grę, myśl, by u ostatniego dziecka starać się swoistem leczeniem zaćmę usunąć leczniczo, ale ujemny pod tym względem wynik nie byłby jeszcze dowodem przeciw takiemu związkowi wobec tylokrotnie stwierdzanego zjawiska, że raz powstałe silniejsze zmętnienie soczewki nie daje się usunąć innym sposobem, jak tylko drogą operacyjną.

W każdym jednak razie historya tych czterech przypadków zaćmy młodego wieku powinna sprawę związku zaćmy z kiłą poddać krytyczniejszemu osądzeniu; nadto budzi ona i pod innym względem nasze zajęcie. Przekonaliśmy się bowiem, że zaćma, stwierdzona jako warstwowa, przedstawia nam się po roku (jak w przypadku Maryana), jako zaćma suchotorebkowa po samowolnem wessaniu kory, albo jak w przypadku Bolesia po wykonaniu lekkiego rozcięcia przedniej torebki. Widzimy więc w tych przypadkach wielką skłonność do wstecznej przemiany i wessania włókienek soczewki, a dalej i niewątpliwą wrażliwość tęczówki do zapalenia, które występowało prawie we wszystkich oczach operowanych. Tak było nawet u Maryana w prawem oku, gdzie bez zabiegu powstała owa zaćma suchotorebkowa. Czyby to właśnie nie popierało teoryi związku z kiłą wrodzoną?

A teraz owo drżenie gałek, nie spostrzeżone u żadnego dziecka z tej rodziny w dniu zgłoszenia się do kliniki. Józefa i Maryan, operowani już jako starsze nieco dzieci, posiadające wzrok, pozwalający im się poruszać samodzielnie, Bolesław i Leon, dzieci, nie mające roku; zaćmy ich tak szerokie, że pewnie nie wiele im widzieć pozwalały, i oto drżenie występuje właśnie u nich po operacyach, które im przywracają wzrok w dość znacznym sto

pniu, a występuje nie zaraz, ale dopiero wtenczas, gdy dziecko już więcej poświęca uwagi światu otaczającemu. Ten objaw, na który dotychczas mało zwracano uwagi, tłómaczyćby można w sposób następujący: Skoro czynność siatkówki po operacyi zaćmy się rozpoczęła, ale z powodu wad refrakcyi w niedostateczny tylko sposób, czynność mięśniowa, idąca w parze z czynnością siatkówki, a służąca do regulowania czynności widzenia, musi również odbywać się niedostatecznie. Gdy ośrodki mózgowe ruchowe dla dowolnych i skojarzonych ruchów gałek doznają niedostatecznego pobudzenia z ośrodka wzrokowego, ruchy gałek muszą stać się nieregularne, niepewne, jakby błędne, szukające dla gałek najlepszego oparcia.

Już po napisaniu powyższych uwag, nawiązanych do niezwykłego spostrzeżenia, zasięgałem raz jeszcze informacyi piśmiennych u ojca dzieci i w tych dniach dowiedziałem się, iż Józefa i Bolesław zmarli, a także dwoje nie dotkniętych dzieci. Prócz wyliczonych powyżej 8 dzieci, więcej nie było. Do poronień matka się nie przyznawała. Dzieci zaćmą dotknięte nie miały mieć kurczów.

W generacyach poprzednich zaćmy nie stwierdzono, wiadomo zaś, że właśnie zaćma warstwowa nieraz w szeregu generacyi się pojawia. I tak w bieżącym roku podaje Hilbert z Sensburga spostrzeżenie własne (Münch. med. Wochenschrift Nr 23) wedle którego w czterech po sobie następujących generacyach stwierdził w liniach żeńskich po jednym przypadku zaćmy warstwowej, która i w późniejszym wieku się nie zmieniała, dopuszczając zawsze tę samą bystrość wzroku, tj. około 6/36. Sam również miałem sposobność widywać zaćmę warstwową u starszych osób które zapewniały, że nigdy i w młodości lepiej nie wi, działy. Wobec tego właśnie zamienianie się zaćmy warstwowej bez rękoczynu na zaćmę suchotorebkową, na co wyżej zwróciłem uwagę, ma niewątpliwie znaczenie etyologiczne.

O ile odczyn Wassermanna wpłynął na nasze zapatrywania w kierunku leczenia i rokowania w kile.

Podał

Eugeniusz Borzęcki.

Chociaż kiła jest chorobą częstą, w objawach klinicznych dobrze znaną, a każdy lekarz co do pewnej ilości chorych nią dotkniętych miał sposobność robić swoje spostrzeżenia pod względem leczenia i rokowania, to mimo to w obu tych kierunkach jest wiele zagadnień spornych, a zapatrywania wprost przeciwne. Bo rozpatrzmy n. p. tylko pobieżnie zapatrywania co do leczenia. Jedni za Fournierem i Neisserem, — to zwolennicy leczenia przewlekło-przerywanego, drudzy, to zwolennicy leczenia objawowego. Pierwsi, wychodząc z założenia, że choroba przewlekła wymaga, bez względu na brak objawów, leczenia prowadzonego długo z przerwami, stosują je przez lat kilka, drudzy leczą tylko wtedy, kiedy są objawy. I zdarzyć się może, że w danym przypadku, t. j. takim, gdzie przez lat szereg po zakażeniu u danego osobnika będą częste nawroty, zwolennicy tych dwóch obozów będą leczyć jednakowo, ale jakże odmiennie w takim przypadku, gdzie cały szereg objawów drugorzędnych kończy się z pierwszą wysypką, nie wspominając już o tych wyjątkowych, gdzie i tej nie było. W tej spornej sprawie odczyn Wassermanna wyświetlił wiele Statystyki, zestawione przez wielu autorów, zgodnie potwierdzają. że im leczenie było dłużej i energiczniej stosowane, tem odsetek odczynów dodatnich w okresach bezobjawowych wczesnym i późnym mniejszy. I tak odczyn dodatni był:

	dobrze leczeni	źle leczeni
Markus	13%	36%
Bering	17%	60%
Lesser	38%	55%

Bruck	w okresie wczesnym	u dobrze leczonych	18·7%
	» »	» źle »	50·0%
	w okresie późnym	» dobrze »	16·9%
	» »	» źle »	50%
Ledermann	w okresie wczesnym	u dobrze leczonych	78·8%
	» »	» źle »	88·6%
	w okresie późnym	u dobrze leczonych	41%
	» »	» źle »	66·6%

Jakkolwiek liczby te co do różnic są dosyć rozbieżne, to jednak przemawiają na korzyść leczenia energicznego, długo prowadzonego, a za takie trzeba uważać leczenie przewlekło-przerywane.

Drugą zasadniczą sprawą w leczeniu kiły jest pytanie, czy leczyć zaraz po stwierdzeniu zmiany ogólnej, czy czekać do wystąpienia zmian ogólnych? Metoda zresztą leczenia wczesnego miała i przedtem zwolenników, jak Lessera, Neissera, Grünfelda i t. d. Jak długo jednak o rozpoznaniu zmiany pierwotnej rozstrzygać musieliśmy tylko na podstawie objawów klinicznych, podmiotowo różnie ocenianych, mogły się zdarzać błędy i nasuwać wątpliwości.

Obecnie rozpoznanie zmiany pierwotnej przez stwierdzenie krętków bladych stało się łatwem i pewnem, a zwlekanie z leczeniem ogólnem aż do wystąpienia zmian ogólnych byłoby błędem. Z jednej bowiem strony szczepienia Neissera dowiodły, że już począwszy od 11. dnia po zaszczepieniu u małp kiły, a więc na długo jeszcze przed stwierdzeniem w miejscu szczepienia zmiany pierwotnej w znacznej części przypadków, przeszczepienie narządów z tych małp na zdrowe zwierzęta dawało wynik dodatni, jako dowód, że jad już uogólnił się w ustroju. O. W.[1]) stwierdza podobne zachowanie się jadu, bo mniej więcej bywa dodatni już w czwartym tygodniu po wystąpieniu zmiany pierwotnej — a więc średnio na 2 tygodnie przed ukazaniem się zmian ogólnych. W liczbie 21 przypadków zmiany pierwotnej, badanych przezemnie, w 15 był O. W. dodatni, w 6 ujemny. — Materyał chorych z oddziału tłómaczy ten wysoki odsetek O. W. +, bo zgłaszają się oni zazwyczaj w kilka tygodni dopiero po wystąpieniu zmiany pierwotnej.

Zbyteczna dodawać, że w razie znalezienia w podejrzanej zmianie krętków bladych, wyczekiwanie z leczeniem do chwili, kiedy O. W. będzie dodatni, byłoby błędem. O. W. być może wskazówką dla leczenia w przypadkach wątpliwych, w których u danego osobnika jakiś nieznaczny przeczos, powierzchowny ubytek uległ pokryciu naskórkiem, gruczoł jeden lub kilka gruczołów jest nieco powiększonych (może z innych przyczyn), a przyroda tej małej zmiany nie została wyjaśnioną. W podobnym przy-

[1]) Dla skrócenia »odczyn Wassermanna«.

padku O. W., wykonany w 4—5 tygodni po stwierdzeniu wspomnianej zmiany, może rozstrzygnąć o jej przyrodzie. Do tej samej kategoryi, a przypadki tu należące nie są rzadkością, zaliczyć trzeba wszystkie te, w których istnieje z jakichkolwiek powodów podejrzenie co do kiły, nie dającej się jednak stwierdzić klinicznie, w tych przypadkach O. W. jest wskazówką dla nas w rozpoznaniu, a temsamem i leczeniu.

Co do kiły drugorzędnej, to wartość O. W., jako wskazówki dla leczenia, rośnie w miarę czasu od zakażenia się danego osobnika. Bo nie biorąc w rachubę wyleczeń poronnych przy użyciu salwarsanu w odpowiedniej ilości, obok leczenia rtęcią (a piszący te słowa ma dane, by w nie wierzyć), to we wszystkich innych przypadkach kiły O. W. jako wskazówka dla leczenia w pierwszych mniej więcej trzech latach od zakażenia ma wartość tylko względną. Kto śledził zachowanie się i wahania O. W. w tym okresie kiły, to wie, jak one są znaczne i jeżeli energiczne leczenie w znacznym odsetku zmienia odczyn dodatni na ujemny, to zwykle tylko na pewien okres czasu. Neisser jest tego zdania, że w okresie wczesnym kiły nie należy zaprzestać leczenia ogólnego, chociażby O. W. utrzymywał się długi czas ujemny.

Na dowód, jak słuszne jest twierdzenie Neissera, przytoczę w krótkości moje spostrzeżenie:

W listopadzie 1911 r. stwierdzam u chorego N. N. zmianę pierwotną (krętki blade), trwającą dni 10, gruczoły prawie nie zajęte. W ciągu dni 10 zrobiłem 2 wlewania salwarsanu po 0·4. Zmiana pierwotna pokryła się naskórkiem. Chorego miałem w ścisłej obserwacyi, nigdy zmian ogólnych nie stwierdziłem.

W styczniu 1912 r. wykonałem O. W. z wynikiem ujemnym. W sierpniu 1912 O. W. słabo dodatni; zmian jakichkolwiek nie spostrzegłem do tej pory.

To dowodzi słuszności zapatrywania Neissera. Nie można jednak z pominięciem wartości klinicznego, dobrze znanego przebiegu kiły, wysunąć na czoło jako dyrektywy w leczeniu O. W. i w ocenieniu właśnie tej okoliczności leży powód, że wynik ujemny w okresie wczesnym kiły musimy przyjmować z pewnem zastrzeżeniem. Dlatego wykonywanie systematyczne O. W. w pierwszych 3—4 latach po zakażeniu, — pomijając wiele innych względów —, jako nieodzowna wskazówka dla leczenia wydaje się zbytecznem. Jest ono konieczne tylko w tych przypadkach, w których po stwierdzeniu zmiany pierwotnej bez zajęcia gruczołów, nie mówiąc już o zmianach ogólnych, po zastosowaniu leczenia salwarsanem i rtęcią, możemy przypuszczać, że udało się wyleczenie poronne kiły. W takich przypadkach — ogłosili je Fabry, Scholz, Duhot, Stern i wielu innych — w braku jakichkolwiek zmian ogólnych, tylko O. W., wykonywany co kilka miesięcy przez 2—3 lata, objaśnić może, czy udało się uchronić ustrój od wtargnięcia i rozmnożenia się w nim krętków Schaudinna. We wszystkich innych przypadkach uwzględniać powinniśmy przebieg kliniczny i według niego kierować nasze leczenie. Przed wprowadzeniem salwarsanu zwolennicy leczenia przewlekle-przerywanego czas ten oznaczali na 3—4 lat. O ile stosowanie salwarsanu potrafi skrócić ten okres, dziś jeszcze trudno odpowiedzieć. Że salwarsan jest środkiem bardzo energicznym w leczeniu kiły, nikt nie zaprzeczy. Jaki jednak będzie los tych, którzy nawet niejednokrotnie środkiem tym byli leczeni, czy uda się zmniejszyć odsetek wiądu rdzenia i porażenia postępowego, oto pytania, które się nasuwają, i dla tej właśnie niepewności o jutro naszych chorych lepiej w obecnej chwili leczyć kiłowych długo i energicznie, niż zdawać ich na los szczęścia.

O. W. nabiera właściwej wartości jako wskazówka dla leczenia u osobnika, który uległ zakażeniu przed 4—5 laty, był jużto mniej, jużto więcej systematycznie i energicznie leczony, od dłuższego zaś czasu nie było żadnych objawów. Dawniej, nim znaliśmy O. W., w podobnych przypadkach, zwłaszcza u osobników dobrze leczonych, przy braku objawów klinicznych od dłuższego czasu, uważaliśmy dalsze leczenie za zbyteczne. Obecnie wiemy, że O. W. w tym okresie kiły wczesnej bez objawów wypada mniej więcej w 60% dodatnio — i te przypadki wymagają leczenia — przynajmniej w chwili obecnej, kiedy O. W. uważany jest przez większość za wyraz obecności krętków w ustroju. Według zapatrywania tej większości leczenie jest konieczne, i to tak energiczne, by można O. W. dodatni zmienić na ujemny. Spostrzeżenia w tym kierunku pouczają, że w im późniejszym okresie od zakażenia O. W. jest dodatnim, tem trudniej zmienić go na ujemny, aż wreszcie stajemy na granicy wiądu rdzenia i porażenia postępowego, w których prawie nigdy tego się osiągnąć nie udaje.

Wreszcie nie można zapominać o usługach, jakie oddał O. W. co do oceny działania leczniczego rtęci w dawkach zazwyczaj stosowanych. Badanie krwi chorych leczonych dawkami, któreśmy uważali za duże, a więc np. 10 wstrzyknięć salicylanu rtęciowego po 0·10 lub 30—40 wcierań po 3·0 wykazuje, że one nie wystarczają, by odczyn dodatni zmienić na ujemny. Sam miałem sposobność w wielu przypadkach przekonać się o tem, i tak: u chorego po wlaniu 0·40 salwarsanu, 3 wstrzyknięciach salicylanu rtęci 0·10 i po 22 wcieraniach O. W. jeszcze słabo dodatni; u chorej po 50 wcieraniach po 3·0 O. W. dodatni. Zgodne w tym kierunku spostrzeżenia wielu autorów są wskazówką, że zwłaszcza przy pierwszych leczeniach musimy więcej stosować rtęć niż dawniej.

Zbierając w krótkości wpływ O. W. na leczenie, możemy powiedzieć, że:

1) O. W. ma pierwszorzędne znaczenie dla leczenia w tych przypadkach, w których po stwierdzeniu zmiany pierwotnej, przed wystąpieniem zmian ogólnych, przy odpowiednio przeprowadzonem leczeniu możemy sądzić, że udało nam się ustrój uchronić od szerzenia się w nim krętków Schaudinna.

2) W przypadkach kiły już uogólnionej w pierwszych 3 latach O. W. jako wskazówka dla leczenia ma wartość względną.

3) Nabiera jej po upływie 3—4 lat od zakażenia przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych.

4) Wreszcie O. W. pouczył nas, że dawki przetworów rtęciowych, zazwyczaj stosowane, są za małe.

Przechodząc do rokowania, to stajemy przed pytaniem: Czy u danego osobnika możemy na podstawie przebiegu kiły w okresie wczesnym, z uwzględnieniem leczenia przeprowadzonego, warunków życia, pracy i t. d. uzasadnić

nasz sąd, że w szereg lat po zakażeniu wystąpią lub nie zmiany narządów ważnych, jak mózg, rdzeń, naczynia i t. d.? I powiedzmy, że odpowiedzi dla siebie lekarz pewnej nie znajdzie; dla chorego mieć ją musi, i zawsze pomyślną. Bo przecież byłoby rzeczą nieludzką, człowiekowi, który nabawił się kiły, nawet wspomnieć, że w przyszłości po latach może w następstwie kiły uledz chorobie nieuleczalnej. Obowiązkiem lekarza jest zrobić wszystko tak w kierunku leczenia, jak higieny chorego, by tym następstwom zapobiedz, ale przewinieniem będzie o możebności tych następstw wspominać. Zapewne trzeba się liczyć z psychologią chorego, a są między nimi lekkomyślni, którym zwrócenie uwagi w tym kierunku jest wskazane.

Czy nie ma jednak w poszczególnym przypadku jakichś danych, na których moglibyśmy oprzeć nasze rokowanie co do wspomnianych schorzeń? Zestawienia statystyczne z uwzględnieniem leczenia, robione przez Ehlersa, Jadassohna, a wykazujące mniejszy odsetek zmian późnych u leczonych energicznie i długo, inne, dochodzące na materyale ubezpieczonych na życie, o ile dotknięci kiłą krócej żyją i t d., robione przez Blaszko, Jakobsohna, Webera, mają tylko wartość względną i w danym przypadku nie wiele objaśnią. Nasuwa się pytanie, czy z przebiegu, postaci, częstości nawrotów i t. d. w okresie wczesnym, nie dadzą się wysnuć jakie wnioski co do dalszych losów chorego? Diday np. sądził, że długi okres wylęgania dla zmiany pierwotnej świadczy o mniejszej jadowitości zarazka, dalej uważano znaczne zajęcie gruczołów, obfite wysypki, częste nawroty również za korzystne i t. d.; wszystko spostrzeżenia, które mogły w danym przypadku okazać się trafne, nie mogą jednak być podstawą w rokowaniu. Większe znaczenie może należy przypisać w rokowaniu zajęciu w okresie wczesnym gałązek nerwów, z przemijającemi porażeniami (opadnięcie powieki, porażenia mięśnia gałki ocznej), zajęciom (przekrwieniom) opon mózgu z silnymi bólami głowy, jako zwiastunom, że tkanka mózgu może być w przyszłości miejscem mniejszej odporności (Lang, Jarisch, Finger). Niektórzy klinicyści sądzą, że usadowienie się zmiany pierwotnej na głowie, skutkiem tego, że dostanie się jadu drogą naczyń chłonnych jest łatwiejsze, również wpływa niekorzystnie na rokowanie.

Wszystkie te spostrzeżenia dowodzą, że starano się usilnie te wielkie braki w rokowaniu w miarę możności wypełnić. Nie bez znaczenia dla rokowania są: ogólny stan zdrowia, wiek, warunki bytu, rodzaj pracy, nadużywanie alkoholu i t. d.

Nasuwa się pytanie, czy jest jakaś granica, licząc od zakażenia, którą kiedy chory ma poza sobą, to z wielkiem prawdopodobieństwem nie grozi mu już wiąd rdzenia, porażenie postępowe? Gdybym miał na podstawie własnych spostrzeżeń wypowiedzieć moje zapatrywanie, to uważałbym za »czas krytyczny« okres między 10–15. rokiem po zakażeniu, co nie wyłącza, że tak wcześniej, jak i później, schorzenia te wystąpić mogą. Podobną granicę w czasie oznacza i Blaschko, Schultze. Że ważnym czynnikiem w rokowaniu jest przeprowadzone w okresie wczesnym leczenie, nie ulega wątpliwości. Liczne statystyki w tym kierunku stwierdzają zgodnie, że im leczenie energiczniejsze, tem odsetek schorzeń mózgowo-rdzeniowych mniejszy. I tak np. Lewinsky na 135 przypadków wiądu podaje, że w 90% nie było leczenia swoistego; Pinkus wśród prostytutek w Berlinie stwierdził 64% wiądu u leczonych tylko raz, 0% u leczonych kilkakrotnie.

W tym chaosie wątpliwości i pytań co do rokowania przybywa teraz O. W., o którym wiemy, że jest środkiem rozpoznawczym dla kiły; a skoro jest takim, to i nie bez znaczenia dla rokowania być musi. Wartości dla rokowania nabiera dopiero w 4–5 lat po zakażeniu, z tem nadmienieniem, iż u chorego od dłuższego czasu nie było stosowane leczenie swoiste.

Jeżeli u osobnika, który przebył kiłę przed laty (5–10) O. W. będzie ujemny, a chory przed wykonaniem O. W. na dłuższy czas przedtem leczony nie był, to mamy prawo rokować dobrze, naturalnie z uwzględnieniem badania klinicznego. Podstawy do leczenia u takiego osobnika niema, a jedynie wskazane będzie wykonanie O. W. znów po pewnym czasie. Wiemy jednak, że wahania wysokości u różnych autorów, odnośnie do zachowania się O. W. w kile późnej bez objawów, są dosyć duże. Bruck i Stern podają 50%, Citron i Blaschko 60%, Hoffmann i Blumenthal 38%, ja na 39 badanych przypadków kiły bez objawów późnej w 11 znalazłem O. W. dodatni, a w 28 ujemny. Badania wykazały, że O. W. dodatni w okresie późnym bardzo trudno nawet przez energiczne leczenie zmienić na ujemny, co więcej, w znacznej liczbie przypadków osiągnąć to się nie udaje, a dotyczące osobniki nie wykazują żadnych zmian kiłowych. Czy takie uporczywe i stałe utrzymywanie się dodatniego O. W. pociąga za sobą zawsze następstwa ciężkie kiły? Za krótki okres czasu, w którym śledzimy przebieg kiły tym odczynem, by mógł dziś o znaczeniu jego w tym kierunku sąd zapaść. Jednak na podstawie już dziś zebranych spostrzeżeń przypuszczać możemy, że tak nie jest. W każdym razie dodatni O. W. u osobnika choćby bez objawów klinicznych zawsze nakazuje pewną ostrożność w rokowaniu i nakłania do stosowania leczenia. O ile O. W. ujemny w okresie późnym kiły bez objawów uprawnia do rokowania pomyślnego, o tyle dodatni w obecnej chwili nie daje podstawy do rokowania złego, jakbądź jednak nakazuje pewną ostrożność w tym względzie.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Z kazuistyki obrażeń zwłok ludzkich przez zwierzęta.

Podał

Leon Wachholz.

W marcu r. 1901 przysłano zakładowi zwłoki noworodka, córki Amelii i Ludwika R., wrzekomo nieżywo urodzonej, z poleceniem dokonania sekcyi policyjnosanitarnej.

Sekcya dała następujący wynik w (streszczeniu):

Zewnętrznie: Zwłoki dziecka płci żeńskiej, dobrze zbudowanego, 50 cm. długie. Stężenia pośmiertnego brak, całe powłoki skórne, zwłaszcza zaś w pachwinach mazidłem skórnem pokryte, naskórek złuszcza się płatami koło pa-

chwin, na bokach klatki piersiowej i na kończynach tak górnych jak dolnych, na stopach zaś jest pomarszczony, mlecznie zabarwiony, podobnie jak u praczek i daje się również łatwo złuszczyć płatami. Zwłoki okazują wszystkie cechy noworodka donoszonego. Od pępka zwisa pępowina 6 cm. długa, prawidłowo podwiązana, o końcu obwodowym świeżo i równo przeciętym. Na szczycie głowy w środkowej linii ciała mieści się smugowate otarcie naskórka, $3^1/_2$ cm. długie, 1 cm. szerokie, w głębi krwią nie podbiegnięte. Cała lewa połowa twarzy, dośrodkowa połowa policzka prawego oraz okolica nosa całego przedstawiają jeden rozległy ubytek, względnie jamę o powierzchni i brzegach nierównych, postrzępionych, nigdzie krwią nie podbiegniętych. Dno ubytku tego po lewej stronie stanowią próżny oczodół lewy i jama ustna, w której wskutek braku lewej połowy żuchwy widoczny jest od zewnątrz ubytkami pokryty i postrzępiony język. W otoczeniu tego ubytku okazują zachowane jeszcze powłoki skórne oraz powłoki skórne zewnętrznej powierzchni przedramienia i dolnej połowy ramienia prawego liczne, gęsto obok siebie ułożone, względem siebie równoległe, dokładnie rynienkowate, do 2 mm szerokie, częściowo już zaschnięte ubytki.

W e w n ę t r z n i e: Powłoki i kości czaszki, toż samo opony mózgu nie uszkodzone, mózg rozpływający się. W krtani i tchawicy, rozciętej »in situ« obfita ilość wód płodowych, jako takie stwierdzonych badaniem mikroskopowem. W klatce piersiowej i jamie brzusznej obfita ilość cieczy przesiękowej, zabarwionej rozpadłym barwikiem krwi. Płuca do kręgosłupa przyparte, z barwy i zbitości podobne do kawałka surowego mięsa, rzucone na wodę toną w całości i w częściach. Opłucna gładka z nielicznemi, częściowo już zatartemi wybroczynkami, płuca na rozkroju wszędzie bezpowietrzne, z drobnych oskrzelków dobywają się czopki wód płodowych. W worku osierdziowym obfita ciecz przesiękowa, serce wiotkie, próżne, o wsierdziu nasiąkniętem przez barwik krwi. Wątroba, śledziona i nerki rozmiękłe, o zatartej budowie, na przekroju brudno-czerwone, pęcherz moczowy próżny, moczowody drożne, części rodne bez zmian. Górna część przewodu pokarmowego rozmiękła, w żołądku, który wraz z jelitami rzucony na wodę tonie, nieco wód płodowych, jelita cienkie próżne, w grubych obfita, zielona smółka. Kości tułowia i kończyn nie uszkodzone.

O r z e c z e n i e: »Sekcyonowane dziecię było noworodkiem donoszonym, który urodził się nieżywy, albowiem, sądząc ze zmian maceracyi ciała, zmarł on w łonie matki na pewien, względnie dłuższy czas przed swem urodzeniem się. Przyczyną jego śmierci w łonie matki stało się uduszenie wskutek przedwczesnego oddychania w przestrzeni bezpowietrznej.

Obrażenia, znalezione na twarzy dziecka i kończynie górnej prawej, były pośmiertne, a jako takie nie były krwią podbiegnięte. Wejrzenie rynienkowate brzegów i dna tych obrażeń dowodzi, że pochodzą one od zębów jakiegoś zwierzęcia ssącego«.

Obrażoną głowę dziecka wraz z kończyną górną prawą przechowano jako preparat muzealny, a zarazem zarządzono dochodzenie, jakie to zwierzę mogło było ponagryzać zwłoki dziecięcia. Dochodzenia te wykazały, że zwłoki dziecka po ich urodzeniu się umieszczono w pustej izbie aż do chwili, gdy je odesłano do zakładu. Gdy je miano zabrać, zauważono, że od nich zerwał się był kot, nie będący własnością domu, który przez uchylone okno parterowego mieszkania (na Czarnej Wsi) dostał się był do izby, mieszczącej zwłoki. Ponieważ rynienkowate ubytki u brzegów i w dnie rozległych obrażeń były większe od tych, jakie się często spotyka w zwłokach noworodków, dobytych z kloak, a ogryzionych przez szczury, gdy również domownicy zaprzeczyli stanowczo, aby się szczury mogły były znaleść w izbie, nie mogło ulegać wątpliwości, że zbłąkany a na gorącym uczynku wprost schwytany kot był sprawcą obrażeń, zadanych po śmierci dziecku.

Oddawna wiadomo, że prócz owadów należą także zwierzęta ssące do rzędu nekrofagów. Z zwierząt ssących należą tu przedewszystkiem gryzonie, a z pośród nich najczęściej szczury. Poza gryzoniami, wiadomo, że w strefie gorącej hyeny i szakale żywią się martwemi ciałami zwierząt i ludzi. Kratter[1]) wymienia jako zwierzęta, które rzucają się na ludzkie zwłoki, szczury i świnie domowe, Strauch[2]) oprócz powyższych jeszcze dziki i psy. Przypadek ogryzienia zwłok własnej pani przez jej psa podaje Haberda[3]). Żaden z autorów prócz Kockela[4]) nie wspomina o kotach jako o nekrofagach, gdyż przypisanie im takiej właściwości nie liczy się z ich charakterem. Wiadomo przecie, że wszystkie koty żywią się z upodobaniem żywem względnie świeżem mięsem, a gardzą natomiast padliną. Kockel pisząc, że zwłoki ludzkie mogą się stać pastwą »przedewszystkiem lisów, psów i kotów«, nie podaje żadnego w tej mierze przykładu z własnego lub obcego doświadczenia, tak że twierdzenie jego wydaje się gołosło-

wnem. Powyższy mój przypadek twierdzenie jego co do kotów udowadnia, a przypadek ten tem więcej zasługuje na uwagę, że zwłoki dziecka, ogryzione przez kota, niewątpliwie zgłodniałego, nie były świeże, lecz, jak to z opisu sekcyjnego wynika, były zmacerowane. Tylko znaczny głód i brak innego pożywienia mógł był skłonić kota do uraczenia się taką strawą.

Literatura. 1) Lebrbuch der gericht. Medizin. Stuttgart 1912 str. 72. — 2) Die Fauna der Leichen. Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 1912 T. 43 Str. 44. — 3) Schmidtmann. Handbuch d. gerichtl. Med. T. I. Berlin 1905 Str. 264. — 4) Tamże Str. 674.

Z Zakładu szczepień przeciwko wodowstrętowi w Krakowie.

Zmiana obecnie stosowanej metody leczniczo-ochronnej przeciwko wodowstrętowi.

Napisał

O. Bujwid.

Ćwierć wieku ubiegło od czasu wynalezienia metody leczniczo-ochronnych szczepień wodowstrętu u człowieka. Od czasu genialnego spostrzeżenia, które, nie dotykając istoty zarazka, pozwoliło na wynalezienie metody skutecznego przeciwdziałania chorobie, nie postąpiliśmy dotąd ani o krok dalej w kierunku poznania istoty zarazka, ani też co do zastosowania metody oraz jej udoskonaleń lub zmian w celu osiągnięcia większej skuteczności. Jeszcze Pasteur sam lub przy współudziale uczniów podał zmiany, które należałoby zastosować, ażeby zapewnić lepsze działanie metodzie. Do takich należy przedewszystkiem t. zw. metoda wzmocnionego szczepienia, oparta na zastosowaniu słabiej wysuszonego w nizkiej ciepłocie rdzenia króliczego [1]). Jak wiadomo bowiem, sposób pierwotny, podany przez Pasteura, zasadza się na otrzymaniu t. zw. »virus fixe«, który uzyskujemy przez szczepienie podoponowe cząstki rdzenia psa, padłego na wściekliznę; zarazek ten o okresie inkubacyjnym, średnio 17 dni wynoszącym, zowie się wścieklizną uliczną — »rage des rues«. Przez kolejne przeszczepianie z królika na królika uzyskujemy stopniowe skracanie się okresu wylęgania, który po kilkunastu lub kilkudziesięciu pokoleniach króliczych dochodzi do stałego okresu wylęgowego, skróconego do 8 dni. Jest to właśnie »virus fixe«. Rdzeń królika, po tym okresie padłego, wysuszony w ciągu 14 dni, stanowi pierwotną szczepionkę, która nie działa, będąc zaszczepioną królikowi podoponowo, a więc nie zawiera żywego zarazka, tylko jakieś jego resztki. Szczepiąc seryę od 14 dni suszonego rdzenia do 5 dni suszonego uzyskał Pasteur seryę szczepionek, którą stosował w początkach wynalezienia swojej metody. Później pokazało się, że zastosowanie rdzeni 14-dniowych jest zbyteczne, natomiast zachodzi potrzeba uzyskania rdzeni mniej silnie suszonych. W niektórych przypadkach zastosowano rdzeń zupełnie świeży [2]) z pomyślnym wynikiem.

[1]) Bujwid. Sur divers modes du traitement de la rage. Comptes rendus de l'acad. des sciences 1888, 19. XI.
[2]) Nitsch. Przegląd lekarski 1906, Nr 27—28.

Högyes zastosował zamiast suszenia stopniowe rozcieńczanie zawiesiny z roztartego rdzenia od 1:10.000 do 1:100 i otrzymał te same wyniki, jakie otrzymano przy stosowaniu rdzeni suszonych. Niektórzy badacze starali się uzyskać wyniki lepsze, stosując jeszcze bardziej wzmocnioną metodę przez wstrzykiwanie bardzo wielkich ilości rdzenia w krótkich odstępach czasu [3]).

Później próbowano otrzymać surowicę ze zwierząt, uodpornionych wielkiemi ilościami zarazka [4]). Surowica taka, z którą i ja również robiłem próby w ciągu 2 lat, nie dała jednak lepszych wyników, głównie z powodu łatwo następującej nadwrażliwości osób, u których stale powtarzano dawki surowicy, jakkolwiek w niektórych przypadkach zdawało się, że wyniki są bardzo zachęcające.

Przy tych szczepieniach wszystkie zakłady, o ile wiadomo, używają wyłącznie zarazka, pochodzącego z pierwszych jeszcze doświadczeń Pasteura. Po 25 latach przeprowadzania z królika na królika pokolenia szczepienne doszły już do poważnej cyfry 1200 pokoleń szczepiennych.

Przez stopniowe przeszczepianie z królika na królika podoponowo, a więc przy bezpośredniem zetknięciu zarazka z rdzeniem króliczym, uzyskuje się przedewszystkiem przystosowanie zarazka do ustroju króliczego, a następnie do substancyi rdzeniowej [5]). Skutkiem tego zarazek przy zetknięciu się z tkankami innego ustroju, n. p. człowieka, nie wywołuje zakażenia, zostaje natomiast łatwo zniszczony przez naturalne niweczniki tkankowe i przy tem wywołuje powstawanie niweczników właściwych, które następnie rozchodząc się po ustroju, wywołują zniszczenie zarazka, przez ukąszenie ze śliną wprowadzonego, o ile nie dostał się on jeszcze do ośrodków mózgowych.

Czy jednak tak długo trwające przeszczepianie z królika na królika nie przetworzyło zupełnie natury zarazka i nie oddaliło zbytnio od pierwowzoru? Czy następnie stałe zetknięcie się z rdzeniem nie nadało mu własności zbyt daleko sięgających w kierunku cytolizy tkanki nerwowej? Są to pytania, które nasunęły mi się przy obserwacyi przebiegu szczepień w ciągu lat ostatnich i zniewoliły mnie do zwrócenia się na drogę, wskazaną przez takie rozumowanie.

Powody zmiany postępowania szczepiennego przytoczę poniżej.

Gdy w pierwszych latach po wprowadzeniu przezemnie metody Pasteura śmiertelność nie przenosiła 0,3 – 0,5%, zaczęła się ona stopniowo podnosić i w latach 1900 i 1902 wzmogła się tak znacznie, że prawie zacząłem wątpić w skuteczność metody. Zaczęliśmy wówczas stosować za radą Dra Nitscha szczepionki, składające się ze świeżego rdzenia mało rozcieńczonego. Przy tem stosowaniu zauważyliśmy jednak w niektórych przypadkach częstsze występowanie porażenia opuszkowego, które mogło było nasuwać obawy cytolitycznego działania świeżego rdzenia. Własności te mogły być tem wyraźniejsze, ile że ustrój nie był uprzednio przygotowany przez wprowadzenie substancyi rdzeniowej suchej, pochodzącej z silniej suszonych rdzeni. Zauważyliśmy przytem kilka przypadków o tak krótkim

[3]) Babes. Zeitschr. f. Hygiene 1908, T. 85.
[4]) Marcé. Etude experm. sur la rage. Paris 1909.
[5]) Nitsch. Rozpr. krakow. Akad. Umiej. 1904.

okresie wylęgowym, że zaniepokoiły one nas, gdyż można się było obawiać pewnego rodzaju zbiorowego działania (kumulacyi) zarazka.

Z tych to powodów zacząłem poszukiwać innego sposobu. Zdawało się, że mam zupełne prawo do powrotu na drogę, którą zaczął iść Pasteur w początkach swej pracy. Zacząłem przeprowadzać dwa własne pokolenia szczepienne z rdzeni psów, nadesłanych do badania i po otrzymaniu na królikach własnego zarazka o stałym okresie wylęgania, zastosowałem go w celach leczniczo ochronnych, poczynając od 8-dniowego, kończąc na 2-dniowym.

Od 1. listopada 1910 r. do obecnego czasu stosuję sposób szczepień tego rodzaju, że mam jedno pokolenie zarazka Pasteurowskiego, dwa zaś pokolenia własne. Serya szczepień, trwająca 10—16 dni zależnie od siły i miejsca pokąsania, zawiera w ten sposób kilkakrotną coraz bardziej zagęszczoną szczepionkę zarazka, zmodyfikowanego, ale z pokoleń mieszanych.

Wyniki stosowania tego sposobu są dotąd bardzo zachęcające i mam zamiar w dalszym ciągu zupełnie usunąć dawne pokolenie Pasteurowskie, a natomiast co rok lub dwa wprowadzać zmodyfikowane pokolenia nowe. Śmiertelność od czasu wprowadzenia tego sposobu spadła do cyfr, w ostatnich latach nie spotykanych, wynoszących zaledwo 0,2—0,3%, gdy poprzednio zaczęła dochodzić do 1·5%, a nawet wyżej.

Przytem w ostatnich czasach nie spostrzegamy już zupełnie objawów porażeń opuszkowych, które zaczynały być tak częste, że nasuwały poważne zarzuty przeciwko samej metodzie.

Zaznaczę, że nie jestem zwolennikiem odliczania ze statystyki przypadków śmierci, zachodzących zbyt prędko po ukończeniu leczenia i wliczam wszystkie zaszłe przypadki śmierci.

Przytaczam kolejno liczbę osób leczonych i przypadków śmierci w różnych latach od początku otwarcia Zakładu w Krakowie w roku 1893.

Z ośmiu ostatnich lat pomimo cyfry leczonych, wynoszącej od 800 do 900 osób, — tylko w dwóch ostatnich latach jest ilość przypadków śmierci bardzo znacznie obniżona w porównaniu z ubiegłemi latami. W roku 1908 pomimo stosowania metody wzmocnionej ze świeżym rdzeniem ilość nieudanych przypadków leczenia jest bardzo znaczna, podobnie jak i w r. 1907, gdzie leczono wstrzyknięciami mieszaniny rdzenia z surowicą przeciwwodowstrętową. Wyniki w obu tych latach nie zachęcają do stosowania tych modyfikacyi.

Rok	Leczono	z nich zmarło na wodowstręt
1893	1	0
1894	38	0
1895	104	2
1896	146	0
1897	160	4
1898	288	3
1899	320	3
1900	404	5
1901	647	2
1902	516	8
1903	556	4
1904	537	5
1905	799	4
1906	746	8
1907	765	7
1908	867	13
1909	846	6
1910	780	7
1911	796 [1])	3
1912	930 [2])	2

[1]) (Liczba osób leczonych do 1. listopada).

[2]) Liczba osób leczonych tylko do 15 października 1912, gdyż 2 miesiące może trwać okres wylęgania.

Jedynie tedy modyfikacya, w ostatnich dwóch latach wprowadzona, zdaje się dawać lepsze wskazówki na przyszłość i tego też sposobu zamierzam nadal się trzymać przy stosowaniu metody Pasteurowskiej.

Napoleon I a wiedza lekarska.

Napisał

August Kwaśnicki.

Wszechstronność umysłu Napoleona I należy do rzeczy oddawna znanych, a godnych tem więcej podziwu, że wszechwiedza tego »nadczłowieka« nie była nabyta z książek, lub wyniesiona z uczelni, lecz stanowiła samodzielny wytwór rozważania i rozmyślania. Obok geniuszu wojennego, który mu zjednał nazwę »boga wojny«, był on samoistnym prawodawcą dla krajów, które zajmował; znał się na estetyce budowlanej (katedra medyolańska, kościół św. Anny w Wilnie); był pedagogiem i osobiście wypracował plan uniwersytetu odmiennego typu, po którym oczekiwał nieobliczalnych korzyści dla narodu francuskiego; był ekonomistą, doceniał znaczenie bogactw ziemi i z obozu pod Moskwą wydał rozkaz uporządkowania wonczas zaniedbanego zdrojowiska Vichy. Wiedza lekarska zaprzątała jego umysł: miał upodobanie w wywoływaniu dyskusyi na tematy lekarskie i zdumiewał oryginalnością zapytań i głębokością własnych poglądów. Dla medycyny klinicznej żywił więcej niż nieufność, bo zupełną niewiarę; leków nie zużywał, stosowanie ich uważał za szkodliwe. Zapatrywania te wyznał dosadnie już na wyspie św. Heleny w rozmowie z angielskim lekarzem Wardenem. Oto są według naocznego świadka jego słowa *): »Ciało nasze jest maszyną, obdarzoną swoistą energią, ażeby żyło: zostawmy zatem tę energię życiową, niech się sama w potrzebie broni podług własnych zasobów i prawideł, a zdziała ona więcej, niż leki, które tę siłę życiową nieraz paraliżują. Organizm jest rodzajem doskonałego zegara, nakręconego na pewien określony czas, lecz tego zegara, gdy się zepsuje, lekarz, tak jak zegarmistrz, nie może otworzyć, usiłuje więc go naprawić pociemku i pomacku, a w tem tkwi niebezpieczeństwo zaszkodzenia«. Napoleon pozostawiał medycynie praktycznej mały zakres, obejmujący tylko choroby bezwzględnie już zbadane, a leki, których nieszkodliwość jest pewna, a skuteczność na podstawie doświadczenia stwierdzona; nosił się z myślą wydania ustawy, zarządzającej rozdział lekarzy na dwie kategorye, z których niższa nie miałaby nieograniczonego prawa stosowania leków nowych, zwłaszcza heroicznych, a nie objętych liczbą uznanych za nieszkodliwe i skuteczne; prawa jednak tego nie wydał, wyznając z żalem, że ludność dopatrzyłaby się w niem nie własnego bezpieczeństwa, lecz tyranii i ograniczenia wolności.

Napoleon I wyzywał często do dysputy swego i wielkiej armii naczelnego lekarza Corvisarta. Ten, przyparty py-

*) Memoires de Napoleon I par le Comte de Las Cases.

taniami cesarza, miał oświadczyć, że nietylko nie przywiązuje najmniejszej wagi do leczenia aptecznego, ale i nigdy go nie stosuje. Przechwalał się nieraz, że gdy cesarzowa Marya Ludwika uskarżała się nieraz na dotkliwe dolegliwości ciąży, podawał jej pigułki z chleba, dodając ironicznie, że skutek był zawsze cudowny. Raz Napoleon zadał Corvisartowi takie pytanie: »Czy wobec niepewności w nauce lekarskiej, a często niewiedzy ludzi, którzy ją praktycznie stosują, nie sądzisz doktorze, że nauka kliniczna więcej przynosi szkody, niż korzyści?» Na to pytanie dał Corvisart odpowiedź potakującą. »A ty doktorze, tylko wyznaj szczerze, czy lekami twoimi nigdy nikogo nie uśmierciłeś?« Corvisart i tym razem nie zaprzeczył cesarzowi, ale pośpiesznie dodał, że »przypadki takie nie więcej obciążają moje sumienie, niż Waszej Cesarskiej Mości, gdy wydasz rozkaz pułkowi kawaleryi do ataku, a ta w swym rozpędzie trafi na nieprzewidzianą przepaść, w której znajdzie śmierć«. Zajmowały Napoleona zagadnienia fizyologiczne: »Czem jest właściwie tak cudowny fenomen życiowy, jak sen?« Na własne pytanie dał taką odpowiedź: »Sen jest przemijającem zawieszeniem tych czynności ustroju zwierzęcego, nad któremi panuje nasza wola; śmierć zaś jest zawieszeniem trwałem nietylko czynności, zależnych od naszej woli, ale i tych, nad któremi wola nie posiada żadnej władzy«. Zastanawiał się nad umysłem obłąkanych i rozróżniał dwa stany: »Obłęd cichy (według mniemania Napoleona) polega na nielogicznem wnioskowaniu; np. obłąkany w cudzej winnicy spożywa winogrona, a na wyrzuty właściciela winnicy, odpowiada: jesteśmy tu, słońce patrzy na nas obu, więc i mnie przysługuje prawo spożycia winogron«. Obłęd zaś ostry powstaje tam, gdzie to »zboczenie wnioskowania zachodzi między myślami a czynami, np: Obłąkany odcina głowę osobie śpiącej, a sam chowa się za płot, ażeby ubawić się widokiem zakłopotania, gdy zamordowany obudzi się i poszukiwać będzie swojej głowy«. Zajmowała Napoleona medycyna kliniczna, pomimo, że żywił dla niej nieufność i Molierowską ironię: o zarazku moru sądził, że udziela się on tak przez powietrze, jak i przez dotykanie; utrzymywał przytem, że skłonność do zarażenia się wzrasta w prostym stosunku do lęku przed tą chorobą, której główną siedzibą jest wyobraźnia. »Przekonałem się w Egipcie«, powiadał Napoleon, »że ci, których wyobraźnia była opanowana obawą choroby, umierali; natomiast męstwo moralne zapobiega zarazie i leczy ją. Podczas epidemii w Jaffie sam wielokrotnie dotykałem zapowietrzonych, a wielu z nich uratowałem, wmawiając w żołnierzy, że zapadają nie na mór, lecz na gorączkę dymieniczą«. Jedną ze swych rozmów z Corvisartem o nauce lekarskiej zakończył Napoleon panegirykiem na cześć medycyny starożytnej. »W Babylonie wystawiano chorych przed domem, a rodzina, otaczająca łoże chorego, zatrzymywała przechodniów, pytając, czy spostrzegali podobną chorobę i jakich używali środków do ratowania cierpiących? Przynajmniej ta metoda, — powiadał Napoleon, — zapobiegała użyciu leków trujących«.

Z wykształcenia i z usposobienia Napoleon I był pozytywistą o technicznym, że się tak wyrazimy, kierunku myślenia. Od klinicznej czynności lekarza wymagał matematycznej ścisłości, zapominając, że działanie lekarza opiera się nie na matematyce, lecz na logice; zapoznawał również pierwiastek intuicyjny, będący przecież właściwością każdej sztuki. Zdaje się, że Corvisart za wiele potakiwał Napoleonowi, a jako wybitna powaga w ówczesnym świecie lekarskim, może nawet swym nihilizmem terapeutycznym utwierdzał Napoleona w przekonaniu o szkodliwości medycyny farmakodynamicznej. Zapewne sprzeciwianie się Napoleonowi i wogóle dyskusya z nim, nie musiały należeć do rzeczy łatwych, ale rozległy umysł Napoleona dałby się przecie przekonać, gdyby Corvisart mu wyłożył, że od czasów babylońskich medycyna uczyniła olbrzymi postęp, że duch ludzki nie wypoczywa, a idąc miarowym krokiem naprzód, doskonaląc się, doprowadzi w przyszłości do takiego rozwoju, że lekarz nie będzie działać »po ciemku«.

Sto lat ubiegło od czasu pobytu Napoleona w Polsce i bezprzykładnej katastrofy wielkiej armii: Piśmiennictwo całego świata wskrzesza w tę setną rocznicę dzieje wielkiego wodza i analizuje jego niepospolity, a tak wszechstronny umysł; to nam dało pochop do przypomnienia jego zapatrywań na naukę lekarską. Oczywiście, nikt nie oczekuje od wielkiego samouka ścisłości naukowej, ani też nie będzie zestawiać tych zapatrywań ze stanem obecnym wiedzy lekarskiej: lecz w perspektywie wstecznej dają i one obraz umysłu niepospolitego, oryginalnego i na wskroś samodzielnego.

Osoba Corvisarta została wciągnięta do naszych uwag, jako zbliżona do Napoleona. Musimy jeszcze podnieść jedną okoliczność, która ma związek z epoką napoleońską, a jednocześnie z chirurgią obecną. Gdy armia francuska zabierała się do marszu powrotnego z Egiptu do Europy, służba sanitarna oświadczyła władzy, że nie posiada zupełnie materyału opatrunkowego, którego na miejscu nie można nabyć. Okoliczność ta nie wpłynęła na zmianę wydanego zarządzenia i szpitale miały w oznaczonym czasie znaleść się na okrętach. Położenie było bez wyjścia: Corvisart rozkazał opatrzyć rany pakułami, zmaczanemi w smole. Przypuszczano oczywiście, że nim chorzy przybędą na żaglowcach do Europy, rany ich ulegną przeważnie zgorzeli. Rzeczywistość zadała kłam tej obawie: ku ogólnemu zdumieniu rany po powrocie do Europy okazały się czyste, pokryte zdrową ziarniną z oznakami zasklepiania się. Corvisart znalazł się wobec faktu wielkiej doniosłości, który należało zbadać, dociekając, czy pakuły, będące brutalną watą, czy też składniki smoły (krezol, kreozot) wpłynęły lecząco na rany? Na te pytania Corvisart nie dał odpowiedzi; może trudy długotrwałej wojny ówczesnej, a może jego nihilizm terapeutyczny, będący bezwzględną negacyą badania klinicznego, przeszkodziły mu. Skuteczność opatrunku z pakuł i smoły znalazła po 50 latach teoretyczne wyjaśnienie w pracowni Pasteura, a zastosowanie praktyczne w opatrunku watowym Guérina i antyseptycznem leczeniu ran Taylora.

Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

I. Zjazd higienistów polskich odbędzie się we Lwowie od 20 do 24 lipca 1913 r. Urządzeniem Zjazdu zajmuje się Komitet gospodarczy, którego skład jest następujący: prof. Panek, przewodniczący; Dr Kalikst Krzyżanowski i Dr Legeżyński, zastępcy przewodniczącego; Dr Kaczorowski, sekretarz generalny; Dr Opieński, skarbnik. Członkowie Komitetu gospodarczego: protomedyk Dr Lachowicz, Dr Bernadzikowski, doc. Biegeleisen, prof. Grabowski, prof. Kucera, prof. Wiczkowski, prof. Bądzyński, prof. Popielski, prof. Raczyński, doc. Piasecki, Dr Wyrzykowski, Bett

Emil Müller, Józef Starzewski, Kasparek, Kuhn, prof. Łukasiewicz, Dr Mikołajski, W. Włodzimirski.

Zjazd, który obejmować będzie wszystkie zagadnienia zdrowotne doby współczesnej, dzieli się na następujące sekcye: 1. Mikrobiologia i choroby zakaźne. 2. Walka z gruźlicą. 3. *a)* Higiena fizyologii i żywienia, *b)* Walka z alkoholem i używkami. 4. Higiena wieku dziecięcego i młodzieży: *a)* Higiena dziecka przedszkolnego, *b)* higiena szkolna, *c)* wychowanie fizyczne. 5. Higiena miast. 6. Higiena ludu i wsi. 7. Higiena zawodowa i opieka nad klasami pracującemi (robotniczo-przemysłowa). 8. Opieka nad chorymi: *a)* Szpitalnictwo, *b)* Ratownictwo i pielęgniarstwo. 9. Higiena zdrojowisk i uzdrowisk. 10. Higiena wojskowa. 11. Statystyka sanitarna i demografia.

Zjazd łączy zagadnienia zdrowotne dotyczące wszystkich ziem polskich. W tym celu zorganizowane zostały komitety zamiejscowe: w Krakowie, Warszawie i Poznaniu. Posiedzenia zjazdowe będą dwojakiego rodzaju: plenarne i sekcyjne. Na posiedzeniach plenarnych omawiane będą sprawy ogólne, na sekcyjnych zaś fachowe.

Według regulaminu zjazdu Komitet gospodarczy przyjmuje członków i uczestników Zjazdu. Członkiem zjazdu może być każda osoba zajmująca się higieną czy to pod względem naukowym, czy też praktycznym. Osoby należące do rodziny członka, jakoteż uczniowie wyższych zakładów naukowych, mogą brać udział w zjeździe jako uczestnicy.

Bliższe szczegóły jak regulamin zjazdu, ozganizacya sekcyi i porządek zjazdu rozesłane będą równocześnie do wszystkich Towarzystw higienicznych i lekarskich, jakoteż do ich organów. Wszelkich wyjaśnień udziela sekretarz zjazdu Dr Bronisław Kaczorowski, Lwów, Chorążczyzna l. 22.

Osoby, pragnące wygłosić odczyty w sekcyach, zechcą zgłosić je do sekretarza zjazdu lub do gospodarzy lub sekretarzy poszczególnych sekcyi najpóźniej do 15 maja 1913 r. i załączyć krótką treść odczytu (około 50 wierszy druku), aby mogła być umieszczoną w książce służącej do użytku zjazdu.

Szczegóły dotyczące programu zjazdu, ulg, pomieszczenia członków przyjezdnych, przyjęć i wycieczek, poda Wydział gospodarczy w odpowiednim czasie, a to najpóźniej do 15 czerwca 1913 r.

Dr Bronisław Kaczorowski
sekretarz Zjazdu.

Prof. Dr Kazimierz Panek
przewodniczący Zjazdu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.